

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon
ANNÉE SCOLAIRE 1898-1899. — N° 173

DES OBSTACLES APPORTÉS
AUX
OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES

PAR LA
RÉTRACTION DE L'ANNEAU DE BANDL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le Mardi 25 Juillet 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri CHAUVÉ

Né à Montbrison, le 4^{er} avril 1870

Ancien interne de l'Hôtel-Dieu et de la Maternité de Saint-Etienne



LYON

A. STORCK & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

8, rue de la Méditerranée, 8

—
1899

DES OBSTACLES APPORTÉS
AUX
OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES

PAR LA
RÉTRACTION DE L'ANNEAU DE BANDL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le Mardi 25 Juillet 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri CHAUVE

Né à Montbrison, le 1^{er} avril 1870

Ancien interne de l'Hôtel-Dieu et de la Maternité de Saint-Etienne



LYON

A. STORCK & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

8, rue de la Méditerranée, 8

—
1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESSUR.

Professeurs honoraires

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE

Professeurs

	MM.
Cliniques médicales	LÉPINE.
	BONDET.
	OLLIER.
Cliniques chirurgicales	PONCET.
	FOCHIER.
Clinique obstétricale et Accouchements	GAYET.
Clinique ophthalmologique	GAULLETON
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PIERRET.
Clinique des maladies mentales	MONOYER.
Physique médicale	HUGOUNENQ.
Chimie médicale et pharmaceutique	CAZENEUVE
Chimie organique et Toxicologie	FLORENCE
Matière médicale et Botanique	LORTET.
Zoologie et Anatomie comparée	TESTUT.
Anatomie	RENAUT.
Anatomie générale et Histologie.	MORAT.
Physiologie.	TEISSIER.
Pathologie interne	AUGAGNEUR.
Pathologie externe.	MAYET.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TRIPIER.
Anatomie pathologique.	POLLOSSON (Maurice).
Médecine opératoire.	ARLOING.
Médecine expérimentale et comparée	LACASSAGNE.
Médecine légale	BARD.
Hygiène	SOULIER.
Thérapeutique.	CROLAS.
Pharmacie	

Professeur adjoint

Clinique des Maladies des Femmes.	M. LAROYENNE.
---	---------------

Chargés de cours complémentaires

Clinique des maladies des Enfants.	MM. WEILL	agrégé
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.	—
Accouchements	POLLOSSON (Aug.).	—
Botanique	BEAUVISAGE.	—

Agrégés

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE	ROLLET	DURAND	PAVIOT
CONDAMIN	ROUX	DOYON	NOVÉ-JOSSERAND
COURMONT	COLLET	BARRAL	BERARD
DEVIC	BOYER	MOREAU	BORDIER
POLLOSSON (A.)	VALLAS	PIC	SAMBUC
ROCHET	SIRAUD		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FOCHIER, président; DURAND, assesseur; DOYON et SAMBUC, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

PRÉFACE

Au mois de septembre 1897, étant interne de la maternité de l'Hôtel-Dieu de Saint-Étienne, nous recevions dans le service une femme rachitique en travail, adressée à l'Hôtel-Dieu par notre ancien collègue et excellent ami le D^r Odin de Saint-Galmier. Cette femme devait nous mettre en présence d'un cas typique de rétraction de l'anneau de Bandl, qui éveilla au plus haut point notre curiosité. Poussé par notre maître, M. le D^r Duchamp, à rechercher dans la science les cas analogues de dystocie, nous nous décidions à poursuivre cette étude et à faire notre thèse sur ce sujet.

La question semblait de prime abord assez restreinte : les travaux américains avaient eu peu de retentissement en France; seul le D^r Demelin dans des articles remarquables parus dans le *Journal des Praticiens* et dans la thèse de son élève Markowitch avait appelé l'attention sur des faits qu'on semblait vouloir laisser de côté et même méconnaître.

Depuis quelque temps des observations probantes ont été publiées, et surtout les leçons de M. le professeur Budin qui ont en quelque sorte donné plus d'ampleur

à la question. Puis vient de paraître la thèse du Dr Chevon, sous les auspices de Budin, travail consciencieux et remarquable qui a éclairé bien des points de ce sujet.

Tous ces mémoires nous ont été très utiles pour la rédaction de notre thèse.

Il eut été bien difficile et bien téméraire de vouloir traiter complètement ce sujet de la rétraction de l'anneau de Bandl : nous avons donc cherché à limiter notre étude aux difficultés que crée cette complication dans les interventions obstétricales.

Parvenu au terme de mes études, je veux remercier ici tous ceux qui me les ont facilitées par leur bienveillant appui et surtout mes maîtres dans les hôpitaux de Lyon et de Saint-Étienne, MM les D^{rs} Mouisset et Leclerc, médecins des hôpitaux de Lyon et dont nous eûmes l'honneur d'être l'interne à l'asile Sainte-Eugénie.

MM. les D^{rs} Montagnon, Garan et Blanc des hôpitaux de Saint-Étienne, auprès de chacun desquels nous avons passé six mois d'internat plein d'intérêt et de profit.

Nous avons eu la bonne fortune d'être à deux reprises l'interne de M. le Dr Duchamp, la satisfaction que nous avons eu à profiter de sa science et de son expérience n'a d'égale que l'admiration que nous a toujours inspirée l'habileté de ce maître distingué; c'est en grande partie à lui que nous devons nos connaissances chirurgicales et obstétricales, rien ne pourra nous acquitter envers lui.

Le semestre d'internat passé dans le service de M. le Dr Chavanis restera pour nous l'étape la plus chargée, la plus fructueuse de nos études médicales : à ses côtés nous étions à même d'augmenter au maximum

notre bagage scientifique ; nous n'avons qu'une ambition, celle de rester sous l'influence de ses conseils et de ses méthodes. Il n'a cessé de nous prodiguer ses marques d'intérêt et de bienveillante sollicitude ; à l'homme, autant qu'au maître et au savant nous sommes heureux d'affirmer publiquement toute notre admiration, toute notre gratitude.

Durant notre séjour à Paris, nous avons trouvé à la clinique Tarnier le plus bienveillant accueil : nous nous empressons de remercier M. le professeur Budin et de son accueil et de son enseignement.

Que M. le Dr Demelin, accoucheur des hôpitaux de Paris reçoive aussi l'expression de nos meilleurs remerciements pour l'amabilité avec laquelle il nous a reçu et pour les conseils qu'il ne nous a jamais ménagés.

M. le professeur Fochier a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse : nous l'assurons ici de notre respectueuse reconnaissance.

Enfin je me garderai d'oublier mon sympathique ami le Dr Commandeur, chef de clinique obstétricale, à qui j'ai eu recours à plusieurs reprises pour la rédaction de ce mémoire.

HISTORIQUE

Avant les travaux de Bandl et de Braune on n'avait pas de notion bien exacte sur le segment inférieur de l'utérus et l'anneau de contraction, il ne faut donc pas être étonné de trouver une certaine confusion chez les auteurs anciens quand ils décrivent des faits qui très vraisemblablement doivent être considérés comme des cas de dystocie par la rétraction de l'anneau de Bandl. L'anneau de contraction est rapporté au col et plus particulièrement par bon nombre à l'orifice interne; Mauriceau, Madame Lachapelle, Madame Bossiez, Jacquemier, Baudelocque partagent cette idée. Un peu antérieurement à ces auteurs, on trouve deux mémoires curieux et particulièrement typiques se rapportant à ce sujet.

Dans l'art des accouchements de Madame Le Boussier-Ducoudray, de 1777; nous trouvons un chapitre consacré à « la difficulté d'accoucher, lorsque l'orifice de la matrice se resserre tout à coup, après avoir laissé passer la tête. » Ce chapitre est même accompagné d'une figure qui montre la tête enserrée par le col de la matrice au niveau du cou : « Il est encore un obstacle, dit-elle, à la sortie de l'enfant, quoique la tête soit à moitié hors de la partie;

savoir, lorsque l'orifice de la matrice se resserrant tout à coup, les épaules ne peuvent suivre à cause de cet étranglement, qui serait capable de causer la mort à l'enfant, si l'on n'y apportait du secours sur le champ. Il faut alors se donner bien de garde de tirer l'enfant à soi, car l'on entraînerait en même temps la matrice, ce qui ferait perdre la vie à la mère. Après avoir tenté de tirer l'enfant avec ménagement, si l'on sent de la résistance, on insinuera un doigt pour en découvrir la cause; on reconnaîtra par ce moyen que la difficulté vient de l'orifice, en le sentant tout autour du col de l'enfant à qui il forme un espèce de collier. »

Le deuxième mémoire est celui de Bodin, de 1797, sur « les accouchements relatifs aux cas où il est impossible d'introduire la main pour chercher les pieds. »

Mauriceau à plusieurs reprises dans ses observations incrimine l'orifice interne de s'être resserré sur l'enfant et d'en empêcher la sortie.

Madame La Chapelle dit textuellement : « L'orifice est remonté et est resserré sur le col de l'enfant; ce serait vouloir séparer le vagin de l'utérus et ouvrir la cavité abdominale que de repousser la tête; plus d'une malheureuse femme soumise dans Paris aux tentatives de personnes peu instruites est venue à l'hospice montrer la preuve de ce que j'avance. »

Madame Boivin connaissait bien ces faits et y revient souvent dans son mémorial.

Voici ce que dit Baudelocque :

« Les fibres de la matrice sont tellement disposées, que sa cavité en se resserrant, conserve toujours la forme du corps qu'elle renferme. Avant l'écoulement des

eaux de l'amnios, cette cavité a une sorte de régularité qu'elle perd, en général, d'autant plus que l'enfant y séjourne plus longtemps après l'évacuation complète de ce fluide. Alors elle se resserre davantage à l'endroit du col de cet enfant que sur la tête et le tronc qui offrent plus de volume; elle prend la forme d'une grosse *courge* ou *calebasse* à deux ventres, comme on l'observe toutes les fois qu'on est obligé de retourner l'enfant longtemps après l'évacuation des eaux, surtout lorsqu'il présente la tête.

« Le segment inférieur réuni au col effacé et dilaté, forme le canal cervico-utérin; celui-ci le plus souvent, représente un conduit plus ou moins cylindrique, s'ouvrant en haut, dans la cavité du corps utérin, en bas, dans le vagin.

« La contraction du corps utérin manifeste à la fois ses effets sur le segment inférieur et sur le fœtus. Celui-ci, poussé par le muscle utérin, peut influencer le canal cervico-utérin et en distendre les parois de dedans en dehors. L'ampliation portera ou sur une large surface ou sur un point limité, suivant que la partie fœtale qui soulèvera la paroi du segment inférieur sera grosse ou petite, régulière ou irrégulière. »

Pour Jacquemier : « La rétraction spasmodique du col existe sur l'orifice interne, mais lorsque la rétraction spasmodique existe à l'orifice interne, s'il est souvent permis de soupçonner la cause du trouble du travail et du retard de l'expulsion du fœtus, il est plus souvent impossible de la constater; car le point étranglé est souvent trop élevé pour être accessible au doigt, et pas assez pour pouvoir être senti à la région hypogastrique. La tendance

que montre l'utérus après la naissance, à se contracter en *sablier*, pour reprendre sa force primitive, explique sa prédisposition à se rétracter circulairement dans le même point sur le corps du fœtus, qui y prédispose lui-même, lorsque le sillon qui existe entre la tête et les épaules s'y rencontre.

« ... Quelques femmes y sont plus particulièrement prédisposées; les primipares y paraissent moins exposées que celles qui ont fait plusieurs enfants. Les femmes nerveuses, irritables, sujettes aux spasmes; celles dont l'utérus est sensible, très mobile, y sont plus prédisposées que celles qui sont dans les conditions opposées.

« On rencontre dans la pratique, des cas où toutes les conditions d'un accouchement facile semblent réunies, et cependant, le travail est tellement pénible, tellement long, qu'il fait craindre soit l'épuisement de la mère, soit la mort du fœtus, sans qu'un examen attentif des phénomènes physiologiques et mécaniques de l'état des parties molles et du bassin puisse en faire reconnaître la cause. La rétraction violente de l'utérus est l'obstacle le plus commun à la version. »

D'autres auteurs ont rapporté des faits de rétraction utérine qui, pour la plupart, pourraient rentrer dans la catégorie des cas que nous étudions.

Wigand, Denman et Burns sont les premiers qui aient cherché à expliquer la résistance que le corps de l'utérus pouvait opposer, dans certains cas, à l'accomplissement de la version. Ils en voyaient la cause dans des contractions qui tantôt se manifestaient dans tout l'organe, tantôt siégeaient plus particulièrement au segment inférieur. Dans ce dernier cas, ils leurs donnaient le nom de

crampes partielles ou *tétanos partiel* ; dans le premier, celui de *tétanos généralisé*. Ainsi, d'après Burns, de même que l'utérus se contracte quelquefois spasmodiquement sur le placenta, de même cette action spasmodique peut survenir pendant le travail et s'exercer sur le produit.

En France, Velpeau (*Traité des accouchements*, t. II) attire le premier l'attention sur ce point. Nous ne saurions mieux faire que de reproduire le passage qu'il y consacre à l'article *Version*, et qui est tracé de main de maître. Voici comment il s'exprime :

« L'utérus (dans ces cas) est contracté par tous ses points, comme collé, à la manière d'un gant, sur les différentes parties de l'enfant. Après l'orifice externe, c'est l'orifice interne, puis un troisième cercle de la matrice, puis un quatrième, puis un cinquième qu'il faut vaincre. On est fréquemment obligé de disputer à la cavité utérine le passage des doigts ou de la main, ligne par ligne, point par point, depuis l'orifice inférieur jusqu'au fond de l'organe, ou depuis l'épaule jusqu'aux pieds du fœtus. »

Cette description si saisissante montre bien que Velpeau s'est trouvé plus d'une fois aux prises avec la complication que nous étudions.

Noëgelé étudie les contractions spasmodiques de l'utérus, soit partielles, soit totales. « Une autre espèce de perversion de l'activité de la matrice, écrit-il dans son *Traité pratique de l'art des accouchements*, qui peut rendre l'accouchement bien difficile, consiste en une direction anormale des douleurs, c'est-à-dire en une contraction disproportionnée, spasmodique, de parties isolées de la matrice. A un degré très prononcé, les con-

tractions n'observent plus le type des douleurs ; il n'y a pas de cessation bien nette de la contraction ; celle-ci devient au contraire permanente et ne fait qu'augmenter pendant le temps qui correspond à la douleur ; s'il existe un endroit entre le col et le fond de la matrice qui se contracte outre mesure en comparaison des autres parties de l'utérus qui sont relâchées ou peu contractées, on appelle cet état étranglement (*strictura uteri*) ; bien plus rarement la contraction tonique embrasse également tout l'utérus et constitue le tétanos utérin, degré le plus élevé et le plus grave du spasme de la matrice... La contraction permanente de l'utérus est particulièrement dangereuse pour le fœtus parce qu'elle entrave la circulation dans les parois de l'organe et comprime aussi facilement le cordon ombilical. »

Et ailleurs il écrit encore :

« Quand la matrice s'est fortement contractée sur l'enfant, comme cela arrive ordinairement dans les cas où les eaux sont écoulées en grande partie ou depuis un certain temps : quand la partie qui se présente est fortement engagée dans la cavité pelvienne : alors il est difficile ou même impossible d'introduire la main dans la matrice, et même si l'on y parvient, de changer de position l'enfant. »

Chailly-Honoré tient un langage à peu près semblable : « Mais la rétraction du corps de l'utérus et la contraction spasmodique du col utérin peuvent être tellement énergiques que la main ne puisse être introduite dans les organes et que l'évolution du produit ne puisse être effectuée, quand bien même on aurait pu pénétrer jusqu'aux pieds. »

Nous devons citer à cette place les noms de Guillemeau, Delamotte, Scanzoni et de Stoltz, dont certaines descriptions visent évidemment notre sujet.

Signalons aussi quelques observations assez typiques : une observation que Chéron rapporte dans sa thèse, due à Ménard, sur *un accouchement rendu laborieux par la contraction simple de la matrice et compliqué de circonstances singulières*, parue en 1822 ; deux observations de Dubois, parues dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1845 et ayant trait *aux dangers et difficultés de la version provenant de la contraction brusque de l'utérus sur le col de l'enfant* ; une observation assez nette de Guyon que l'on trouve dans une thèse de Clément (Paris 1867), sur *les contractions partielles de l'utérus pendant et après l'accouchement*.

Nous avons eu l'occasion de lire deux thèses de Paris de 1863, qui sont des mémoires fort consciencieux et où l'on trouve développées assez longuement les idées de l'époque sur les rétractions utérines. Ce sont : la thèse d'Ygonin sur les contractions partielles de l'utérus pendant et après l'accouchement ; la thèse de Beltz sur la rétraction de l'utérus comme cause de dystocie.

Nous avons trouvé également des données intéressantes dans la thèse d'agrégation de Tarnier sur *les cas dans lesquels l'extraction du fœtus est nécessaire et des procédés opératoires relatifs à cette extraction* ; et dans celle de Pinard sur *les contre-indications de la version*.

Nous arrivons avec Bandl à une étape importante de la question ; ses beaux travaux sur le segment inférieur et l'anneau de contraction datent de 1880. Nous entrons

dans une période nouvelle et dès lors les observations que nous trouvons sont beaucoup plus précises en Allemagne et en Amérique seulement, il faut bien le dire, car en France les travaux de Bandl n'eurent pas grand retentissement et surtout les observations nombreuses d'hourglass parues en Amérique n'éveillèrent aucunement l'attention.

C'est en 1882 que Thomas Smith, devant la Société médicale du district de Colombia, présente la question complète sur l'*hourglass ante partum*, donnant en détail l'histoire de trente-trois cas dont le diagnostic n'échappa pas à l'examen de la parturiente et il rapporte aussi d'autres cas de diagnostic incertain. Un des premiers cas qu'il cite arriva dans sa propre clientèle et lui présenta un tel intérêt qu'il entreprit le travail si souvent rapporté par les auteurs. Depuis ce mémoire, le fait de la rétraction de l'anneau de Bandl compliquant le travail fut une chose admise en Amérique.

En France, il faut arriver aux travaux de Demelin parus dans le *Journal des Praticiens* depuis 1890 pour voir l'attention attirée sur ce sujet et la question mise au point dans notre littérature médicale. Jusque-là, nous trouvons un certain nombre de mémoires où l'on semble avoir complètement méconnu les travaux de Bandl et de Thomas Smith : nous faisons allusion à la thèse de Durier sur *le tétanos utérin* et au mémoire de Fournel sur les *anomalies de la force expultrice* paru dans l'*Union médicale* de 1889.

Le Dr Démelin a donc eu le mérite par des travaux remarquables d'intéresser les accoucheurs à cette question et d'appeler leur attention sur une cause de dystocie à laquelle on doit songer dans bien des cas.

Citons la thèse de Markowitch, inspirée par Demelin et parue en 1894 et qui est le premier travail d'ensemble sur cette étude; nous y trouvons des observations de Budin, de Bonnerive et de Maygrier.

Nous arrivons enfin aux leçons de M. le professeur Budin, parues dans l'*Obstétrique* (juillet 1898): la question y est magistralement traitée et grand nombre de points nouveaux mis en lumière. Un de ses élèves, le Dr Chéron, vient de faire paraître un travail important sur *les difficultés de la version causées par la rétraction de l'anneau de Bandl* et dans lequel sont publiées de nombreuses observations du professeur Budin, dont quelques-unes sont reproduites par nous dans cette thèse.

CHAPITRE II

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE

L'étude de l'anneau de Bandl est étroitement liée à celle du segment inférieur dont il forme la limite. Leur origine, leur signification ont été l'objet de longs débats historiques et ont donné naissance à des théories nombreuses soutenues tour à tour avec éclat dans de nombreux mémoires, par des hommes tels que Stoltz, Duneau, Muller, Bandl, Hofmerer. Malgré ces longues discussions, malgré les belles recherches anatomiques et cliniques qu'elles ont provoquées, bien des obscurités règnent encore sur le mécanisme intime de la formation du segment inférieur et sur la signification nette de l'anneau de contracture. Cependant un certain nombre de points restent dès aujourd'hui acquis et généralement acceptés.

Le segment inférieur est une formation spéciale à la grossesse atteignant son maximum de développement à la fin de la grossesse et pendant le travail. Elle est caractérisée essentiellement par l'amincissement de la portion de l'utérus qui entoure l'orifice interne du col dans une

zone d'autant plus étendue que la grossesse est plus avancée et la présentation foetale plus régulière et mieux adaptée au détroit supérieur.

Nous ne voulons pas ici reprendre cette étude longuement exposée dans les travaux de Tarnier, de Demelin, de Blanc. Nous nous proposons seulement d'envisager quelques points de détail intéressant particulièrement notre sujet et plus spécialement la physiologie normale et pathologique de l'anneau de contraction.

Anatomiquement l'anneau de Bandl appartient au corps utérin avec lequel il se confond sans ligne de démarcation et dont il possède l'architecture complexe. On y retrouve de gros faisceaux musculaires circulaires formant les anneaux les plus inférieurs de la musculature du corps, alors que dans le segment inférieur toutes les fibres musculaires sont longitudinales ou obliques.

Physiologiquement, ces relations avec ce corps sont bien plus évidentes encore et il participe à toutes les actions musculaires de celui-ci. C'est pendant la contraction utérine qu'il se dessine nettement et devient facilement perceptible, contrastant par sa dureté avec la flaccidité relative ou absolue du segment inférieur dont il marque franchement la limite supérieure. On peut donc le considérer justement comme la limite de l'onde musculaire circulaire du corps utérin (Pinard).

En dehors de la contraction, il s'efface et disparaît. Ces faits sont évidents pendant le travail. Mais l'anneau de contraction existe-t-il pendant la grossesse? Pour Demelin, Chéron, le passage de la portion mince à la portion épaisse de l'utérus se ferait non pas par un ressaut brusque mais par une zone d'épaisseur progressi-

vement croissante, si bien que la transition est insensible; c'est ce qu'on voit sur les coupes de Chiara, Sæxinger, Winter. Aussi considèrent-ils l'anneau comme apparaissant seulement au moment du travail. Cependant on ne saurait nier que l'anneau existe ou peut apparaître pendant la grossesse et Blanc, par l'exploration intra-utérine pendant la grossesse, a pu le sentir se contracter sous son doigt avec la plus grande netteté sous la forme d'un bourrelet circulaire s'éloignant comme une onde de l'orifice utérin du col et remontant dans la direction du détroit supérieur. Il a remarqué, en outre, que la femme examinée accusait ordinairement une douleur au moment de la contraction de l'anneau, laquelle ne s'accompagnait pas toujours de celle du corps utérin.

Pendant le travail, la contraction de l'anneau est intimement liée à celle du corps et nous ne saurions trop insister sur cette solidarité. Il semble donc logique de penser qu'elle en subira toutes les fluctuations en intensité, moment d'apparition et durée. Mais ceci ne peut évidemment s'appliquer qu'à la contraction utérine régulière au cours du travail normal. Il est en effet plus douteux que dans celui-ci l'anneau de Bandl se contracte indépendamment du corps; en tous cas, le fait n'est pas encore démontré. On pourrait dire, il est vrai, que Blanc, pendant la grossesse, a pu se rendre compte de la contraction isolée de l'anneau, mais nous ferons remarquer que dans ce cas, il s'agissait d'une excitation artificielle par introduction et pression du doigt à son niveau, et on sait fort bien que la pression sur une zone limitée du muscle utérin détermine une excitation suivie de contraction également limitée à cette zone et ne se propageant que fort peu.

L'expérience de Blanc s'éloigne donc des conditions de la contraction utérine normale et ne démontre nullement l'existence de la contraction isolée de l'anneau de Bandl au cours du travail.

Lorsque les contractions utérines sont irrégulières, cette dissociation des contractions du corps et de l'anneau est-elle possible ?

Elle n'est pas démontrée pendant la période d'expulsion, mais elle existe certainement pendant la délivrance.

La régularité de la contraction de l'anneau dépend donc de celle de la totalité du muscle utérin et lui est parallèle. Or, celle-ci est étroitement liée au jeu régulier des éléments nerveux de l'utérus.

Les forces nerveuses elles-mêmes sont de différents ordres et leurs centres variés. Elles ont une triple origine et on peut distinguer :

1° Des centres spinaux ;

2° Des centres ganglionnaires de la chaîne sympathique ;

3° Des centres ganglionnaires viscéraux disposés soit à la surface, soit dans l'épaisseur même de la paroi utérine.

Il est difficile de faire la part de l'influence de chacun de ces centres sur la contraction utérine. On sait fort bien que des femmes paraplégiques peuvent accoucher, et d'autre part, Kein prétend, après isolement de l'utérus de ses liens nerveux médullaires et sympathiques, avoir observé des contractions utérines énergiques. Ces faits et ces expériences tendraient à montrer que le jeu régulier de l'utérus peut être assuré par les seuls ganglions viscéraux qui prennent dès lors une importance de premier ordre.

De par leur situation anatomique, ces centres diffus utérins sont exposés à des excitations mécaniques dont les effets se font sentir à leur maximum pendant le travail. Ils sont disposés en deux systèmes :

Un antérieur, formé de masses nerveuses ganglionnaires placées, sur la paroi antérieure du vagin, à l'insertion du vagin sur le col et entre la vessie et l'utérus ; ce serait surtout un système accélérateur ;

Un postérieur, constitué par des groupes cellulaires rétro-cervicaux bien plus limités et qui joueraient un rôle d'arrêt.

On conçoit facilement que la présence d'une partie fœtale régulière sur un segment inférieur bien distendu, peut agir comme excitant de ces centres et avoir une action sur la contraction utérine. Il est probable que la pression d'une partie ronde et dure, comme l'occiput, appuyant sur le segment inférieur, excite le mieux possible les centres et favorise la régularité des douleurs. La démonstration expérimentale n'est pas faite, mais en clinique il est surabondamment démontré que ce sont les présentations qui s'adaptent le mieux et pressent sur la plus large surface possible du segment inférieur qui donnent le travail le plus régulier. C'est sans doute ainsi que peuvent s'expliquer la lenteur et l'irrégularité relative des contractions pour les présentations du siège et de l'épaule — de même dans les cas où l'enfant est macéré et où la flaccidité des parties fœtales, le chevauchement et la mobilité des os du crâne par la macération ne fournit plus aux centres utérins qu'une excitation mécanique insuffisante qui se traduit le plus souvent par la lenteur du travail.

Mais celui-ci peut être troublé en sens inverse, les douleurs devenir irrégulières par excès. Elles sont subsistantes, continues et aboutissent à la tétanisation du muscle utérin. Cette tétanisation spontanée se produit souvent après la rupture de la poche des eaux sans qu'il soit possible d'en trouver une explication satisfaisante ; on la voit parfois survenir dans certaines rigidités du col avec présentation du sommet, et la pression énergique, prononcée de celui-ci sur le segment inférieur pourrait peut-être expliquer cette contracture.

Certaines manœuvres obstétricales aboutissent fréquemment et par un mécanisme analogue à cette tétanisation. Tels sont certains procédés de dilatation artificielle du col et au premier rang les instruments tels que l'excitateur de Tarnier et le ballon de Champetier. Ils sont, en effet, beaucoup plus des excitateurs que des dilatateurs, surtout l'instrument de Tarnier dont les surfaces de contact avec le col sont limitées et lui donnent un rôle mécanique un peu accessoire. — De même le ballon de Champetier qui outre son action sur le col et le segment inférieur agit aussi en augmentant brusquement la tension intra-utérine qui se répartit sur toute la surface de l'organe. Lorsque cette hypertension se développe lentement, comme dans les gémellaires et l'hydramnios, elle provoque plutôt l'inertie utérine ; lorsque au contraire elle est brusque, les douleurs éclatent tout à coup avec une fréquence extrême et aboutissent au tétanos utérin.

L'anneau de Bandl participe à toutes ces actions musculaires. Ce n'est que dans certains cas de douleurs irrégulières qu'il semble se dissocier du reste du corps, et ses contractions, irrégulières aussi, deviennent indépen-

dantes du reste de la musculature. Dans le cas le plus ordinaire, il se contracture avec le reste du corps et sa tétanisation n'est qu'une expression de l'état physiologique du muscle utérin en totalité.

Au point de vue physiologique pur, on doit distinguer l'état de contracture du muscle utérin de l'état de rétraction ainsi que le fait M. le professeur Fochier dans son enseignement.

La contracture utérine est l'état de contraction prolongé au delà des limites de durée normale du muscle utérin en action. Mais ce raccourcissement prolongé de la fibre musculaire n'est pas définitif. Il peut céder au bout d'un temps plus ou moins long, soit spontanément soit sous une action thérapeutique.

La fibre revient alors à peu près à sa longueur normale. La contracture est le résultat de la fusion de contractions successives et se traduit cliniquement par la tension permanente du muscle. On en observe tous les degrés suivant la courbe de contraction à laquelle débute la contraction suivante. Plus celle-ci débute au voisinage du sommet de la courbe, plus la fusion est complète et la contracture du muscle utérin suit les mêmes lois que le tétanos physiologique du muscle strié.

La rétraction est une propriété toute différente et spéciale à la fibre musculaire utérine. Elle est constituée essentiellement par ce fait qu'après sa contraction la fibre musculaire ne revient pas absolument à sa longueur primitive, mais reste plus courte d'une quantité infinitésimale. Chaque contraction s'accompagne donc d'un raccourcissement très prononcé et temporaire (contraction)

et d'un raccourcissement extrêmement faible mais permanent (rétraction).

Dans le travail normal, lorsque l'œuf est intact, l'incompressibilité du contenu utérin contre-balance un peu cette rétractilité du muscle ; celle-ci peut d'ailleurs se satisfaire en partie par l'élongation du segment inférieur et se traduit cliniquement par l'ascension de l'anneau de Bandl. Cette rétraction peut être extrême alors même que les membranes ne sont pas rompues ainsi que le démontrent les observations publiées par Demelin.

Lorsque l'œuf est rompu la rétractilité de l'utérus peut se satisfaire plus facilement et elle devient extrême lorsque le travail se prolonge avec des douleurs fortes ou qu'il y a un obstacle à l'expulsion fœtale. En clinique, on l'observe à son maximum dans les présentations de l'épaule négligées et dans les rétrécissements du bassin avec arrêt absolu de la tête. L'utérus se moule alors sur les creux et saillies du fœtus.

Les rétractions élémentaires de chaque contraction se surajoutent pour constituer la rétraction totale, laquelle est d'autant plus accusée que le nombre des contractions écoulées depuis le début du travail est plus considérable. Plus le travail se prolonge, plus la rétraction s'accroît. Après l'expulsion du fœtus d'abord, puis des annexes fœtales, celle-ci se satisfait à son maximum. C'est grâce à elle probablement que se fait en partie l'involution utérine, au moins pendant les premiers jours.

La contracture et la rétraction sont donc de nature essentiellement différente. Elles ont cependant entre elles des liens intimes, la contracture tétanique comme la contraction normale pouvant aboutir à la rétraction de la

fibres utérines. La contracture quelle que soit sa durée est temporaire, la rétraction est définitive. On conçoit combien leur pronostic est différent. On peut en effet voir disparaître la contracture soit spontanément, soit par la narcose, la rétraction ne disparaîtra pas.

Cette distinction correspond aussi aux faits cliniques. On voit en effet dans certains cas l'anneau de Bandl contracturé s'évanouir en quelque sorte au cours de l'intervention, alors que parfois l'anneau rétracté forme un obstacle définitif exigeant le morcellement du fœtus et tel que le basiotribe lui-même lâche prise.

Nous n'avons pas malheureusement en clinique de signe permettant de faire cette distinction. Dans les deux cas, l'utérus est dur et tendu, mais rien, comme sensation ne permet de les différencier. Le temps écoulé depuis la rupture de la poche des eaux, la longue durée du travail peuvent seuls faire penser qu'il s'agit plutôt d'une rétraction que d'une contracture.

CHAPITRE III

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA DYSTOCIE PAR RÉTRACTION DE L'ANNEAU DE BANDL

La question est actuellement très vaste et demanderait un gros volume pour recevoir sur chaque point les détails nécessaires.

Nous ne faisons que passer très rapidement en revue l'étiologie de la rétraction de l'anneau, les symptômes qui l'accompagnent et la révèlent ; le diagnostic de cette anomalie de la contraction qui passe si souvent inaperçue ; quelques mots enfin sur la thérapeutique obstétricale qui concerne cette dystocie.

Étiologie. — Elle est *a priori* très étendue, car toutes les causes d'un effort considérable et prolongé du muscle utérin peuvent déterminer de la rétraction de l'anneau. Toutefois on ne peut rien fixer absolument à ce point de vue, rien de très précis à énoncer. Deux points essentiels semblent se dégager de l'étiologie générale : dans toute cause, c'est l'élément travail ou l'élément compression qui

intervient. Nous pouvons donc ranger sous ces deux chefs les diverses causes incriminées dans la production de l'anneau.

Élément travail. — Ici trouvent place toutes les causes déterminant l'intensité ou l'irrégularité des contractions utérines.

Citons tout d'abord l'ergot de seigle qui a été si longtemps le grand coupable dans les rétractions de l'utérus ;

Les accélérateurs du travail et les agents dilatateurs du col :

La sonde de Krause ;

L'écarteur de Tarnier ;

Et surtout les gros ballons de Champetier et de Boissard.

Rangeons encore dans ce groupe l'éclampsie dont l'influence est toutefois bien peu nette.

La poche des eaux quand elle se rompt prématurément est une cause fréquente de rétraction utérine et en particulier de l'anneau : ici l'élément travail et l'élément compression entrent en cause.

Signalons à ce propos les cas cités par Demelin d'hourglass avec intégrité de la poche des eaux : ils sont d'ailleurs de gravité moindre.

Élément compression. — Nous plaçons ici toutes les modifications du canal pelvi-génital.

Obstacles siégeant dans le col : tumeur, rigidité, rétrécissement du bassin : étiologie fréquente ; certains cas de résistance extrême du périnée ;

Les présentations vicieuses, qui demandent au muscle

utérin plus d'effort pour l'accouchement spontané et compriment mal le segment inférieur, sont relevées très fréquemment dans les observations comme la cause de la rétraction de l'anneau.

La présentation de l'épaule plus particulièrement se complique de ce phénomène, surtout quand une grosse partie est engagée et comprime le segment inférieur.

Ne faisons que citer : les gémellaires, les fœtus volumineux, les procidences de membres.

Notons enfin l'opinion de Freund d'après lequel l'antéflexion de l'utérus non gravide prédispose pour l'accouchement à la rétraction de l'anneau.

Symptomatologie. — Il existe pour ainsi dire des conditions habituelles de la découverte de l'anneau rétracté. Il est bien rare qu'on diagnostique par le palper l'hourglass.

Très généralement, il est rencontré au cours d'un toucher manuel profond dans des cas où l'on croyait à l'absence de cause de dystocie, alors que l'enfant ne progresse pas, ou dans les cas qui commandent une intervention.

Quand le segment inférieur est vide, il y a de la paralysie de ses parois, on trouve un long col pendant dans le vagin, puis la main arrive sur l'anneau de Bandl qui forme un deuxième édifice interne.

Quand le segment inférieur contient une grosse partie, la main en glissant le long de l'enfant est bientôt arrêtée par un anneau très resserré sur le corps de l'enfant.

En général, à mesure que le travail se prolonge, l'anneau remonte de plus en plus haut, et ce fait peut être constaté à travers la paroi abdominale par le palper.

Notons ici que si le segment inférieur contient une extrémité volumineuse, les douleurs continuent mais sans efficacité, fatiguant et épuisant la femme. Si, au contraire, le segment inférieur est vide, les douleurs et les contractions diminuent ou cessent presque complètement.

Quand l'anneau est rétracté, le forceps appliqué entraîne l'utérus en totalité, le col apparaît à la vulve, les cuillers glissent, dérapent, quelquefois la tête remonte dans l'intervalle des tractions.

Dans les tentatives de version, la main rencontrant l'anneau se rend facilement compte de cet obstacle et souvient de la résistance qu'il va offrir.

Il est enfin des cas où l'anneau ne se forme et ne se manifeste qu'après la sortie d'une partie de l'enfant : et le plus ordinairement on a alors de la rétraction de l'anneau, la tête venant dernière soit sur le cou, soit au-dessous de l'occiput et des bosses frontales, c'est alors la circonférence SOF qui est arrêtée. Notons en passant, dans les cas de gémellaires la possibilité de l'hourglass *inter-partum*.

Dans la plupart des cas de rétraction de l'anneau, le palper révèle du tétanisme du corps utérin qui se moule sur l'enfant.

A propos de cette symptomatologie, nous devons signaler la disparition brusque de l'anneau, parfois spontanément, parfois sous l'influence d'une décompression que détermine une simple craniotomie ; le fœtus, une minute avant, complètement arrêté, se met à progresser, le travail reprend normalement.

Enfin un signe de l'hourglass est que lorsqu'il s'agit de rétraction vraie, la narcose chloroformique poussée dans

ses plus lointaines limites ne produit aucun relâchement.

Le Dr Cheron a étudié dans sa thèse la valeur pronostique de certains symptômes :

1° Examen direct de l'anneau.

Le degré de stricture et la hauteur de l'anneau sont en proportion de l'intensité de la rétractilité.

2° Examen de la poche des eaux, considération du temps écoulé depuis sa rupture.

A. Rupture au moment de l'intervention. Dans 15 cas, le forceps ou la version purent être pratiqués. 3 enfants morts.

B. Rupture huit heures avant. Dans 13 cas, le forceps et la version furent impossibles 4 fois. 6 enfants morts.

C. Rupture dix heures avant et au-dessus. Dans 14 cas, forceps et version impossibles, 7 fois. 10 enfants morts.

Il ressort nettement de là l'importance de la mortalité infantile sur la longueur du travail.

Diagnostic. — Le palper peut relever la forme en calebasse de l'utérus et faire porter le diagnostic d'hourglass.

Un certain nombre des symptômes énumérés peuvent mettre sur la voie du diagnostic que le toucher manuel profond vérifie; c'est toujours ce dernier mode d'investigation qui assure ici le diagnostic.

Toutes les causes qui empêchent la progression de la tête peuvent être éliminées dans les cas où véritablement c'est l'anneau de contraction qui est en jeu : le volume exagéré de la tête, les tumeurs dans le petit bassin ou dans la paroi utérine, l'inclinaison de la tête, les rétrécissements du bassin. Ici encore c'est le toucher profond qui nous renseignera.

Il est deux diagnostics particulièrement délicats à faire : ce sont les cas où l'on peut penser soit à de la brièveté du cordon, soit à une rupture utérine à cause du retrait de la tête : la cessation des douleurs et des contractions jointe à l'ascension de la partie fœtale peuvent en effet faire croire à une rupture utérine ; mais l'état général de la femme n'a rien qui rappelle cet accident grave.

N'oublions pas enfin qu'il est des cas de rétraction de l'anneau avec une poche des eaux intacte.

Complications. — Nous devons noter tout particulièrement la rupture utérine : l'anneau remonte de plus en plus haut et tend au maximum le segment inférieur dont la rupture est alors imminente.

Les complications résultent du danger des interventions dans ces conditions qui exposent la femme soit à des blessures, soit à la rupture de l'utérus, soit à l'infection.

Dans quelques observations on trouve signalée la compression du cordon.

Traitement. — Ne pas compter sur les médicaments calmants auxquels on eut recours beaucoup autrefois. Le chloroforme lui-même reste sans résultat. L'influence des opiacés est illusoire, de même que celle du nitrite d'amyle et de l'antipyrine employés quelquefois.

Il faut savoir que l'accouchement spontané peut se produire. Recourir au forceps ou à la version. En cas d'échec : embryotomie. Demelin conseille la prise occipito-frontale. Si l'on échoue : basiotripsie pour réduire le volume de la tête, quand l'anneau est contracté au-dessous d'elle, pour avoir une prise solide et capable d'entraîner le corps foetal quand l'anneau arrête les épaules.

L'opération de Porro est enfin la ressource dernière.

CHAPITRE IV

VERSION

Cette question de la version dans les cas où il existe la rétraction de l'anneau de Bandl ne sera pas abordée dans ce travail. Le D^r Cheron, dans sa thèse inaugurale, a en quelque sorte épuisé et mis complètement au point ce côté, si intéressant, de la dystocie particulière que nous nous sommes proposé d'étudier. Il a exposé les travaux remarquables de M. le professeur Budin sur ce sujet et décrit très en détail les difficultés que l'on rencontre aux différents temps de la version, les indications et les accidents de cette manœuvre.

Nous nous contenterons d'apporter ici comme contribution quelques observations inédites : une due à l'obligeance de M. le D^r Denis, et trois puisées dans le service de M. le professeur Fochier, avec sa bienveillante autorisation.

OBSERVATION I (Due à l'obligeance du Dr Denis)

Version. — Grandes difficultés dues à l'anneau de contraction. — Mort éloignée de la femme.

Le Dr Larrivé, de Meyzieu, est appelé à Jonage auprès d'une malade, grande multipare (sixième enfant), qui est enceinte de huit mois environ. Depuis huit jours elle ne sentait plus remuer son enfant. Elle vient à faire les eaux. Le Dr Larrivé constate une présentation de l'épaule gauche avec bras procident dans le vagin, en A. I. D. Il essaye une tentative de version, puis une deuxième avec l'aide du Dr Courjon mais sans anesthésie et aussi sans succès ; il leur est impossible d'introduire la main dans l'utérus.

Pas de température ; pas de douleurs. Ils se décident à attendre en faisant prendre à la malade de grands bains.

Le Dr Denis voit la malade douze heures après. Son état général est excellent. Toujours pas de douleurs, mais la température est de 38° 2. La main qui pend dans le vagin présente de larges plaques d'épiderme macéré.

Par le toucher on arrive sur l'épaule et la base du creux axillaire ; mais là on est arrêté par un anneau de contraction qui donne la sensation d'une corde dure et résistante. Il ne s'agit pas de l'orifice interne du col, celui-ci est bien plus bas dans le vagin, mou et flasque. Entre l'orifice interne et l'anneau de contraction il y a environ une longueur de 7 ou 8 centimètres ; cette portion est très molle.

On endort la malade au chloroforme très profondément, et on essaye d'introduire la main dans l'utérus. Les efforts d'introduction se buttent à cet anneau et c'est à peine si on peut introduire l'extrémité des doigts de la main droite entre le fœtus et cet anneau de contraction.

On se décide à essayer l'embryotomie et on fait tirer sur le bras pour essayer d'abaisser la présentation et de rendre l'opération plus facile. Mais le fœtus est macéré et le bras se sépare du tronc. L'intervention est par ce fait rendue plus difficile et on essaye à nouveau de faire une version. L'anneau ne s'est pas resserré et en essayant une pression continue, la résistance de l'anneau se laisse vaincre et on arrive très facilement sur les pieds. On saisit le pied gauche et, bien qu'il n'y ait pas d'eau, l'évolution du fœtus se fait très facilement. On amène sans peine à la vulve le tronc et un bras, et quand on veut exécuter la manœuvre de Moriceau il est impossible d'atteindre la bouche fœtale, la tête est ainsi retenue très haut au niveau du détroit supérieur par cet anneau rétractile. Avec peine et après plusieurs tentatives on parvient à saisir la bouche qui franchit l'anneau, lequel se resserre sous le maxillaire supérieur. Les tentatives d'extraction sont répétées plusieurs fois mais sans succès et aussi avec une traction modérée car on craint de séparer du tronc la tête fœtale. On allait se décider à faire une perforation sur la tête dernière lorsque brusquement la tête passe à travers cet anneau et se dégage.

Tout ceci se passait le dimanche 7 août 1898. Le lundi matin et les huit jours suivants pas de température dépassant 38°2.

Lavages six fois par jour. L'examen des urines fait le 8 août décèle une grande quantité d'albumine.

Au douzième jour : température, 38° 7 ; la malade a des nausées.

Vers le vingtième jour, vomissements verdâtres et impossibilité de garder les aliments. Puis congestion de la base des deux poumons. La quantité d'albumine ne diminue pas, la malade ne voulant pas se tenir au régime lacté exclusif.

Phlébite. Le 16 octobre la malade est revue par le médecin qu'on n'a pas fait appeler depuis trois semaines : pouls petit, extrémités froides et la malade meurt dans la nuit du 17 au 18 octobre.

OBSERVATION II

Procidence du cordon et d'un bras. — Version. — Arrêt de la tête dernière par l'anneau de contraction (Service du professeur Fochier).

M^{me} X..., trente-six ans, jardinière. Tertipare, entre à la salle de douleurs le 17 novembre 1897, les dernières règles remontent au 20 janvier 1897. La grossesse a été pénible, s'accompagnant de douleurs abdominales.

A l'entrée dilatation à 2 francs. On sent dans la poche des eaux un paquet de cordon et une main au-devant de la tête qui est haute et mobile en position O.I.G.A. Les douleurs sont fortes.

A dix heures le col est dilaté à 3 francs, le segment inférieur est souple, a 3 centimètres d'étendue, est limité par un anneau épais et résistant.

Pour prévenir l'engagement du cordon et de la main, on décide de pratiquer la version. On complète la dilatation avec les doigts. Les membranes sont rompues avec une pince de Hégar.

Il s'écoule environ 50 grammes d'eaux boueuses. La main pénétrant dans l'utérus en refoulant le cordon saisit le pied postérieur, le gauche. Évolution facile.

Le siège est entraîné, mais le fœtus est à cheval sur son cordon. On fait glisser celui-ci sur la fesse postérieure. Pendant le dégagement le dos tourne à droite. La lèvre antérieure du col est à la vulve.

Dégagement assez facile des bras. La recherche de la bouche est difficile car la tête est haute et placée tout entière au-dessus d'un fort anneau de contraction. Saisie du maxillaire inférieur et tractions sur le cou; le col descend de plus en plus à la vulve, mais la tête ne sort pas. Tractions oscillantes sur la tête permettent de déterminer le dégagement.

Enfant ranimé au bout de cinq minutes. Le col ne présente aucune déchirure.

Délivrance et suites de couches normales.

OBSERVATION III

Siège complet. — Arrêt absolu de la tête par un anneau de contraction. — Craniotomie sur la tête dernière (Service du professeur Fochier).

Antoinette B..., vingt-quatre ans, domestique, secundipare, a eu ses dernières règles le 13 juin 1898. Vomissements les trois premiers mois, avec douleurs abdominales. Leucorrhée abondante pendant les deux derniers mois.

Le 4 février 1899, sans douleurs ni cause apparente, la malade fait les eaux à sept heures du matin.

Le 5, à cinq heures du soir, les douleurs commencent. La gestante entre à la clinique à 9 heures 1/2 du soir. Col dilaté à 4 centimètre, mou. On ne sent que les pieds. Les douleurs se succèdent toutes les dix minutes, mais un peu irrégulières.

Le 4, à six heures du matin, dilatation à 4 franc. Un pied tend à s'engager dans l'orifice externe.

A huit heures, dilatation presque complète. Il reste à peine 4 centimètre de col très souple, non tendu.

Présentation S.I.D.A. Le pied droit descend de plus en plus, mais on constate que le cordon descend en même temps. Il bat son rythme normal. Pour prévenir sa compression prolongée, on décide l'extraction.

Anesthésie. Le pied droit est attiré à la vulve, le gauche descend immédiatement et le dégagement des hanches se fait sans incident. Dégagement des bras très difficile. Le col n'est mou et souple que sur une étendue de 4 centimètres, à partir de l'orifice externe. On trouve au-dessus un anneau de contraction d'une dureté ligneuse empêchant la main de remonter

entre l'utérus et le fœtus. On parvient cependant à les abaisser, mais l'anneau de contraction se referme et arrête la tête. La manœuvre de Mauriceau essayée à six reprises différentes et pendant une demi-heure environ ne donne aucun résultat. On se décide, l'enfant étant mort, à réduire le volume de la tête.

Craniotomie aux ciseaux de Blot au niveau du trou occipital. Il s'écoule peu de matière cérébrale, on cherche en vain à introduire entre la tête et le col une branche de basiotribe, puis une branche de pince à os pour broyer la tête, il est impossible de faire glisser un instrument entre la tête et l'anneau.

Enfin à neuf heures et demie, la tête se dégage brusquement par la manœuvre de Mauriceau.

Enfant de 1.850 grammes.

Délivrance normale.

Suites de couches présentent un peu de température pendant les cinq premiers jours, puis redeviennent normales.

OBSERVATION IV

Anémie pernicieuse de la grossesse. — Accouchement prématuré d'un enfant de 1.650 grammes, se présentant par le siège. — Tête retenue par l'anneau.

Félicie B..., femme S..., entre à l'infirmerie de la clinique, présentant le syndrome d'une anémie pernicieuse de la grossesse. Elle est quartipare. Face très pâle, œdème des membres inférieurs. 930.000 globules par millimètre cube. Dernières règles en juin 1896.

Début des douleurs 9 juin 1897, à huit heures du soir.

La poche des eaux se rompt à dix heures et demie du soir. Col dilaté à un travers de doigt. Présentation en S.I.G.A. Les douleurs deviennent rapidement expulsives.

Dégagement spontané du siège et du tronc, abaissement simple des bras. L'élève sage-femme tente la manœuvre de Mauriceau, mais, malgré des efforts prolongés pendant quinze minutes, ne peut extraire la tête. La sœur cheftaine appelée constate la présence d'un anneau de contraction serré. Après quelques manœuvres de tractions oscillantes la tête se dégage. L'enfant est mort pendant l'extraction. Il pèse 4.650 grammes et présente une fracture du maxillaire.

Délivrance normale.

La température s'élève le lendemain de l'accouchement et la malade meurt le huitième jour.

CHAPITRE V

FORCEPS

L'application du forceps dans les cas de dystocie par rétraction de l'anneau de Bandl, présente des difficultés constantes et parfois insurmontables.

Il est, en l'état actuel, bien difficile de poser des indications précises du forceps dans ces cas, et de dégager dans les observations connues les raisons du succès et de l'insuccès de l'instrument.

Si nous prenons la statistique brute du Dr Chéron nous voyons que dans les soixante et onze cas analysés et rapportés par lui :

1° Le fœtus put être extrait par une seule intervention :

- a) Par la version dans vingt cas ;
- b) Par le forceps dans sept cas ;

2° Les deux interventions, forceps et version, furent tentées successivement :

a) La version réussit après l'échec du forceps dans sept cas ;

b) Le forceps réussit après l'échec de la version dans un cas.

Les deux opérations tentées successivement échouèrent dans vingt cas.

Et l'auteur conclut ainsi : « En résumé on peut voir par l'examen des statistiques que dans les rétractions fortes de l'anneau de Bandl le forceps présente le plus de chance de succès. Dans les cas où l'on eut recours d'emblée à ce mode opératoire, tous les enfants furent extraits vivants, tandis que par la version podalique pratiquée comme première intervention, on eut quatre enfants morts sur vingt. Ces résultats de mortalité infantile sont importants à retenir, car ils démontrent la grande supériorité du forceps. Cette assertion nous semble du reste encore confirmée, si l'on rappelle les résultats défavorables obtenus par la version après l'échec du forceps. Il y eut chez les parturientes un certain nombre d'accidents mortels qui pourraient bien reconnaître une cause traumatique. »

Le Dr Demelin distingue d'une façon générale deux sortes de cas au point de vue des indications plus spéciales du forceps ou de la version.

La version est préférable au forceps dans les cas où le segment inférieur est vide et le fœtus retenu tout entier au-dessus de l'anneau rétracté.

Le forceps est au contraire supérieur à la version dans les cas où l'enfant est en partie descendu au-dessous de l'anneau rétracté, en partie resté au-dessus de lui.

Il est incontestable que le forceps est infiniment supé-

rieur au point de vue de la vie des enfants. D'autre part, le forceps est l'instrument de choix dans les cas où le travail est prolongé, la rupture de la poche des eaux prématurée, dans les cas de rétraction marquée, de tétanisme utérin, dans les cas où l'anneau est très élevé.

En outre, le forceps est contre-indiqué si la tête est haute, mobile, difficile à saisir, ou a de la tendance à se défléchir. Dans les présentations de la face en particulier, la version est supérieure au forceps, précisément à cause de la difficulté d'application du forceps sur une tête défléchie.

Si nous nous sommes étendu sur les indications du forceps dans les cas de dystocie due à l'anneau de contraction, c'est que ces indications découlent de la facilité ou des difficultés d'application de l'instrument. Serrons maintenant notre sujet de plus près et voyons quelles sont les difficultés que rencontrera l'opérateur pour appliquer les cuillers du forceps et manœuvrer son instrument.

Un cas fréquent est celui d'une présentation du sommet arrêté à une hauteur variable de l'excavation par la rétraction de l'anneau de Bandl : on fait une application classique et sans difficultés ; mais les tractions ne donnent rien, finalement le forceps dérape. On se décide alors à une nouvelle application des cuillers qui ne donne pas un meilleur résultat. Et trop souvent, en pareille circonstance, les tentatives répétées et les mieux conduites restent inefficaces ; il faut recourir à d'autres manœuvres et abandonner le forceps. Il ne faudra pas négliger dans ces cas de pousser assez loin la narcose chloroformique qui pourra peut-être faire disparaître ou diminuer la rétrac-

tion, toutefois les observations sont là pour nous apprendre que c'est une ressource bien minime.

Dans le cas où le segment inférieur est vide, où le fœtus entier se trouve situé au-dessus de l'anneau rétracté, l'application du forceps ne sera possible qu'une fois l'anneau de Bandl dilaté. C'est là une complication excessivement sérieuse, car toutes les manœuvres dilatatrices, tous les moyens auxquels on a recours en pareil cas ne vont nous donner que des mécomptes, et risquent bien plutôt d'augmenter la rétraction. Comme le fait justement remarquer le D^r Demelin, ce sont les cas où les difficultés sont les plus grandes et souvent insurmontables.

Si nous arrivons à dilater l'anneau, bien des conditions mauvaises sont encore réunies ici pour l'application des cuillers : d'abord très généralement l'anneau est insuffisamment élargi, puis la tête est très élevée : l'application, on le comprend, est très délicate et le dérapement fréquent. Les tractions doivent être faites avec la plus grande prudence si l'on ne veut pas s'exposer à des accidents graves : généralement le col est amené à la vulve, voire même une partie du segment inférieur ; tout le corps utérin étroitement appliqué sur le fœtus, véritablement collé à lui, est entraîné par l'instrument. Aussi est-on obligé la plupart du temps de renoncer au forceps et d'avoir recours à la version sinon à l'embryotomie.

Examinons maintenant les cas où l'enfant est en partie descendu au-dessous de l'anneau rétracté qui l'enserme soit au niveau du cou, soit au niveau du tronc. Nous sommes en présence des cas en quelque sorte favorables à l'application du forceps, comme nous l'avons vu plus

haut : la version loin d'être ici une ressource est presque formellement contre-indiquée, il faut donc à tout prix, l'enfant étant vivant, obtenir une extraction avec le forceps.

Mais les observations rapportées montrent très généralement cette intervention fort laborieuse et pleine de difficultés. Le forceps glisse avec la plus grande facilité, il est très difficile de fixer la tête qui se déplace entre les cuillers.

Nous ne pouvons mieux faire que de rapporter ici les expériences faites par le Dr Demelin et relatives à l'application de forceps en pareil cas.

« Le fœtus solidement maintenu par un aide dont les mains sont serrées sur les épaules, a la tête libre et mobile, comme elle l'est dans le segment inférieur lorsque l'anneau de Bandl est rétracté sur le cou, au-dessous des épaules; le forceps est appliqué sur le sommet, aussi parfaitement, aussi idéalement que possible, et ses vis serrés au maximum, puis on tire sur le tracteur ou sur les manches. On voit alors la tête se défléchir, se déplacer par le fait de cette déflexion, entre les deux cuillers, si bien que celles-ci glissent et lâchent bientôt prise. Nous avons essayé la prise oblique sans plus de succès. Or, ce serait à désespérer d'avoir un enfant vivant dans des circonstances de ce genre, si nous n'avions étudié la prise occipito-frontale, si mauvaise dans tous les autres cas, et surtout quand il s'agit d'un rétrécissement rachitique. Cette prise dans laquelle une cuiller est appliquée directement sur l'occiput est extrêmement solide et dérape infiniment moins que les autres : c'est elle que nous conseillons sans hésiter, lorsque l'anneau de Bandl étant rétracté

sur le cou, au-dessous des épaules, la tête est mobile au-dessous de lui dans le segment inférieur. »

Dans les cas de présentation de la face, le forceps est contre-indiqué à cause de la déflexion de la tête : Demelin conseille la prise occipito-frontale, si on y a recours néanmoins.

Il est facile de comprendre que dans les cas où la rétraction de l'anneau se produit au niveau du cou, la tête étant dernière, le forceps sera une ressource bien faible et que son emploi rencontrera les plus profondes difficultés. Si on arrive à placer les branches et à saisir la tête, il sera particulièrement dangereux d'aider les traction par l'expression abdominale de la tête fœtale.

Nous ne signalerons même pas ici l'application du forceps sur le siège : il est bien évident qu'il faudra en pareil cas aller à la recherche d'un pied.

Un cas fréquent comme nous l'avons dit plus haut, est celui de la dystocie de l'anneau venant compliquer une dystocie osseuse. Nous aurons naturellement augmentation des difficultés dans l'application du forceps : il semble que la prise oblique doive être la prise de choix dans les cas où le détroit supérieur est rétréci. La prise occipito-frontale doit conserver évidemment ici la solidité que les expériences de Demelin paraissent lui attribuer.

OBSERVATION V (th. Markowitch)

Présentation du sommet en O.I.G.P. — Plusieurs applications du forceps sans succès. — Deux tentatives de version. Enfant mort. — Basiotripsie. — Mère bien portante.

La nommée R..., quarante ans, cuisinière. Entrée à la Clinique, rue d'Assas, le 7 avril 1894.

Quinti pare; quatre grossesses antérieures, dont trois à terme, terminées spontanément; enfants vivants (tous ont été gros): une fausse couche de deux mois.

Une de ces grossesses s'est terminée, à la Clinique, le 29 mars 1883, spontanément par la naissance à terme d'un enfant vivant du sexe masculin; sommet en O.I.G.A. Poids 4.480 grammes. Diamètre de la tête; O.J., 12,5; O.N., 14,3; B.P., 10; S.O.B., 10.

Age de la marche inconnu. Squelette normal. Face antérieure du sacrum accessible au loin.

Dernières-règles du 10 au 15 juin 1893.

La grossesse actuelle a évolué normalement.

Entrée à la Clinique le 7 avril, à 6 heures du soir. Sommet en O.I.G.P. Enfant vivant. Battements du cœur fœtal bons.

Premières douleurs le 7 avril, à 11 heures du matin.

Dilatation à son entrée comme une pièce de 5 francs; complète le 8 avril, à 10 h. 1/2 du matin. A ce moment, on rompt les membranes artificiellement. Liquide amniotique teinté de méconium.

Le reste de l'opération est dicté par M. Demelin (c'est lui qui a opéré).

La poche des eaux, intacte, baille à la vulve. Cette poche est volumineuse, elle ne contient pas de procidences. La dilatation est complète, tête élevée. On rompt artificiellement les membranes, le liquide amniotique s'écoule teinté par le méconium; de là, l'indication de terminer l'accouchement. La tête est en O.I.G.P., très élevée; les deux fontanelles sont accessibles, l'antérieure assez difficilement.

Introduction de la première branche (droite) facile, il en de même pour la branche gauche. L'articulation ne présente pas de difficultés; la prise est correcte. Traction modérée d'une seule main; la tête paraît descendre un peu, puis l'instrument dérape. On applique à nouveau le forceps de la même manière, et, pour éviter sûrement une mauvaise application, on introduit la main gauche profondément; on la maintient à demeure derrière la tête sur l'oreille postérieure, et on intro-

duit la branche droite. Puis, cette cuiller est maintenue en place sur la tête au niveau de l'oreille (jumelle postérieure recouvrant l'oreille, jumelle antérieure placée en avant sur la joue).

Et ce résultat est obtenu en laissant en place la main gauche conductrice qui empêche et la tête et la cuiller de se déplacer. On introduit la cuiller gauche avec la main droite, pour ne pas avoir à retirer la main qui maintient exactement le forceps et la tête. Application facile, traction modérée, dérapement.

On pense alors à faire la version, la tête est assez mobile pour laisser passer la main dans le segment inférieur; « mais à la partie supérieure de celui-ci, la paroi utérine, au lieu d'être lâche, est rétractée sur le cou du fœtus, et il est impossible de pénétrer plus haut ». Le corps utérin, comme moulé sur le tronc de l'enfant dont la tête est immobile et comme flottante dans un segment inférieur à parois flasques.

L'enfant étant encore vivant, on fait une nouvelle application du forceps; cette fois, on fait tourner la tête avec la main en O.I.G.T. On applique la branche gauche directement en arrière, la branche droite directement en avant. Articulation facile, traction modérée, dérapement.

On revient à la version; on parvient à grand'peine à insinuer les doigts « au-dessus de l'anneau de contraction »; là on sent le cordon qui bat très lentement et très faiblement. Les battements sont extrêmement faibles pendant les tentatives pour atteindre les pieds; ils disparaissent complètement et on termine l'accouchement par basiotripsie.

Terminaison à midi 30.

Durée du travail, vingt-six heures.

Périnée en bon état.

Délivrance spontanée le même jour à 2 heures de l'après-midi.

Après la délivrance, un lavage intra-utérin de quatre litres de la solution iodée à la température de 48°.

Enfant du sexe masculin mort; poids, 5,200 grammes avec le basiotribe Tarnier (donc poids de l'enfant 3,800 gr.).

Placenta pesait 540 grammes, la longueur du cordon 62 centimètres.

Cette femme a eu la température de 37°8 seulement le lendemain 9 avril ; après, la température absolument normale, ainsi que les suites des couches.

La femme quitte la Clinique, le 21 avril 1894, dans un état excellent.

OBSERVATION VI (th. Markowitch)

Accouchement à huit mois. — Rupture prématurée des membranes. — Rétrocession du travail. — Dérapement du forceps causé par la rétraction du cercle utérin — Basiotripsie.

Femme B... Henriette, multipare, 28 ans.

Mère tuberculeuse ayant cinq enfants, tous nourris au sein.

Antécédents personnels. — Ophtalmie purulente à deux ans, fluxion de poitrine à cinq ans, pleurésie à huit ans ; depuis rhume constant. Marche à treize mois.

Premières règles à douze ans. Depuis cette époque la menstruation est normale. Leucorrhée persistante.

La santé, toujours mauvaise, s'améliora avec sa première grossesse, qui survint il y a cinq ans, et se termina par un accouchement sans incidents ; l'enfant fut nourri par elle pendant quinze mois.

Deuxième grossesse terminée en septembre 1890, sans complication.

Devenue enceinte de nouveau en janvier 1891, au quatrième mois de son allaitement ; sa grossesse évolue normalement.

Elle entre le 23 octobre 1891, à 6 heures du matin, dans le service de M. Budin.

Examen. — Pas de trace de rachitisme. Ventre peu développé. Le fonds de l'utérus est à trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes.

A la palpation, présentation du sommet, tête mobile, siège au fond de l'utérus, dos à gauche. Enfant vivant.

Au toucher, col presque complètement effacé, sauf un bourrelet qui devient dur au moment des contractions utérines. On arrive facilement jusqu'à la tête en dépassant une poche des eaux volumineuse et bombée. Suture sagittale dans le diamètre oblique gauche, mais on ne peut sentir aucune fontanelle. La tête d'ailleurs fuit sous le doigt de telle façon que sa situation change facilement; elle est tantôt dans le diamètre oblique, tantôt dans le diamètre transverse.

Contractions utérines lentes et peu efficaces, pas douloureuses.

A 2 h. 1/2 du soir le travail n'a pas avancé. On donne à la femme une injection chaude. A 5 heures, la dilatation est de 6 centimètres; la tête, sous la moindre pression du doigt, fuit.

A 8 heures la dilatation étant complète, M. Merle, moniteur du service, rompt la poche des eaux qui bombait jusqu'à la moitié du vagin. Liquide amniotique normal. Après cette rupture artificielle des membranes, le moniteur, tenant son doigt dans le vagin, sent que la tête glisse au détroit supérieur.

Un toucher pratiqué cinq minutes après fait sentir à M. Merle que le col est comme revenu sur lui-même et, au-dessus de l'orifice interne, il sent un anneau assez épais.

A 10 heures la tête est légèrement descendue; la suture sagittale est dans le diamètre transverse, la fontanelle postérieure à gauche, la fontanelle antérieure à droite, toutes les deux difficilement accessibles.

Le 22 octobre, à 1 heure du matin, les choses sont à peu près dans le même état, sauf que la tête est un peu plus descendue; la femme perd une assez grande quantité de liquide amniotique. Les douleurs sont de moins en moins fortes, si bien que la malade peut sommeiller un peu. Les battements du cœur fœtal sont fréquents et distincts.

A 4 heures du matin, les contractions ne se réveillent pas; le col est revenu sur lui-même. La dilatation de l'orifice externe est large comme une paume de main. Les bruits du cœur fœtal sont toujours distincts et réguliers (130 pulsations).

A 7 heures du matin, M^{lle} Hénault, sage-femme en chef, constate que le col est revenu sur lui-même et forme un bourrelet de 3 centimètres qui descend jusqu'à la moitié du vagin. On donne un bain à la malade.

A 9 heures du matin, le col est refermé; l'orifice externe mou, largement ouvert, laisse pénétrer le doigt dans la cavité du col; cette cavité est limitée en haut par un anneau ouvert de 3 à 4 centimètres, au travers duquel pendent les membranes rompues.

A 2 heures de l'après-midi, les douleurs se ralentissent, la malade fait constater que son ventre s'abaisse; à ce moment, le segment inférieur de l'utérus pend dans le vagin; la tête, coiffée par une partie de ce segment, est en O.I.G.P.

L'orifice externe est mou, dilatable et largement ouvert. Le doigt s'engage dans une cavité « limitée en haut par un anneau qui durcit pendant les contractions »; cet anneau se réduit pendant les contractions à une largeur qui ne dépasse pas 2 centimètres. Les bruits du cœur fœtal sont bons.

Pas de changement pendant le reste de la journée; cependant, pendant la nuit, la malade a de la fièvre (38°).

Le 24 octobre, à 9 h. 1/2 du matin, la fièvre continue, la température reste à 38°. A l'auscultation, les bruits fœtaux sont toujours distincts et réguliers.

A 11 h. 1/2, M. Basset, interne et moniteur du service, s'aperçoit que la parturiente a des douleurs continues; on ausculte, et les battements fœtaux n'existent plus. M. Budin contrôle cette auscultation; son exactitude reconnue, il se prépare à intervenir. Forceps chauffé et flambé.

En ce moment, au toucher, la tête, engagée dans le détroit supérieur, se trouve dans la position O.I.G.A. Col peu dilaté, l'orifice interne a un diamètre de 5 centimètres, l'orifice

externe se laisse facilement distendre; le cordon est en latérocidence; pas de battements. M. Budin repousse ce cordon.

Précautions antiseptiques prises, femme en position obstétricale et chloroformisée.

M. Budin introduit la branche gauche du forceps la première, tenue de la main gauche. Des gaz s'échappent; en même temps, il s'écoule un liquide rouge brunâtre, teinté de méconium; cependant pas d'odeur. La branche droite, tenue de la main droite, est introduite à son tour à la manière classique.

Articulation faite, tracteur mis, la vérification exécutée, on attend une contraction pour faire l'extraction.

Au moment des tractions, on aperçoit la lèvre antérieure du col lisse et tendue au niveau de la vulve; elle est repoussée avec deux doigts, pendant qu'un aide maintient le fond de l'utérus.

Le mouvement de rotation ne s'accomplissant pas au moment d'une traction un peu énergique, le forceps glisse.

Le forceps enlevé, M. Budin introduit sa main dans le vagin et constate que la tête est maintenue en O.I.G.A. Pendant ces manœuvres, le dégagement des gaz continue, et il s'écoule deux ou trois caillots de sang et du liquide rouge jaune brunâtre.

Le forceps replacé de la même façon dérape de nouveau!

Les mêmes manœuvres sont renouvelées, mais, cette fois, le tracteur du forceps Tarnier n'est pas mis; on exerce des tractions au moyen des branches, directement comme avec le forceps de Levret; « l'instrument n'en glisse pas moins une troisième fois! »

« En présence de ces difficultés, le fœtus étant mort, M. Budin se décide à faire une basiotripsie pour sauver la mère. »

La basiotripsie est faite au moyen du basiotribe Tarnier, avec la plus grande facilité et une rapidité remarquable, sans produire aucune lésion à la mère. Les os de la tête n'étaient pas résistants.

Cinq minutes après la basiotripsie, M^{lle} Hénault opère la

délivrance par traction légère et par expression. Une injection vaginale est donnée à la femme, qui est couchée dans un autre lit, après avoir pris un cordial.

La malade passe une bonne nuit.

Les suites de couches sont normales.

La base du crâne de l'enfant est complètement broyée ainsi que la voûte. De cet écrasement résulte une saillie des parties latérales de la face à droite et à gauche, dont le nez aurait formé à peu près le centre. Les diamètres antéro-postérieurs sont réduits.

Le poids du fœtus, la substance cérébrale écoulée avec le basiotribe, est 3.400 grammes.

OBSERVATION VII.

(Annales de la Société obstétricale de France, séance du 22 avril 1892, p. 47 à 50, M. Demelin).

Dans les premiers jours du mois de mars 1892, une sage-femme m'amena une de ses clientes enceinte pour la quatrième fois et arrivée au huitième mois de la grossesse. Cette femme rachitique avaient eu des accouchements antérieurs difficiles, et aucun de ses enfants n'avait survécu.

En l'examinant, je trouvai une présentation du sommet et un rétrécissement rachitique mesurant 9 centimètres, déduction faite. Je passe sur les détails.

Je proposai l'accouchement prématuré, et le 11 mars, à neuf heures du matin, j'introduisis un ballon (Tarnier). Les douleurs commencèrent trois quarts d'heure après.

Le soir, à 8 heures, la dilatation du col n'étant pas encore complète, mais peu s'en fallait. Les membranes étaient intactes, la tête élevée, les battements du cœur bons. Tout paraissait aller pour le mieux, je me retirai, recommandant à la sage-

femme de rester auprès de sa cliente et comptant que l'accouchement se terminerait seul.

Une demi-heure après mon départ, la poche des eaux se rompit spontanément ; il s'écoula une assez grande quantité de liquide amniotique ; puis les douleurs qui avaient été régulières jusqu'alors « se suspendirent complètement » ; c'est là un point sur lequel j'insiste.

Le fœtus et la mère étaient en bon état.

Dans la nuit, la sage-femme surveilla les battements de l'enfant. Vers le matin, ils se modifièrent et on m'envoya chercher.

Quand j'arrivai, j'appris tous les détails qui viennent d'être indiqués ; et en présence de l'état de souffrance du fœtus, je me disposai à intervenir ; je fis d'abord le toucher vaginal comptant trouver le col largement ouvert ou dilatable, puisque la veille « j'avais déjà reconnu une dilatation très avancée. Ma « surprise fut grande ». La tête du fœtus était « extrêmement élevée », beaucoup plus éloignée que la veille au soir, si bien que, tenant compte de l'arrêt complet des contractions et de cette ascension de la partie fœtale, je ne pus me défendre de penser à la rupture utérine ; pourtant l'état général de la femme était excellent. Je prolongeai mon examen et je vis que le col était revenu sur lui-même : souple au niveau de l'orifice externe, il laissait aisément pénétrer plusieurs doigts ; mais à mesure qu'on remontait au-dessus de l'orifice externe, la cavité se rétrécissait et l'on arrivait très haut sur un orifice épais, circonscrit par un bourrelet et ayant le diamètre d'une pièce de 5 francs. « Lorsque l'extrémité de l'index se trouvait sur cet « anneau rétracté, la base du doigt répondait à peu près à l'orifice externe du col. » Il y avait là non pas une rigidité de l'orifice externe, « mais une rétraction siégeant beaucoup plus haut. » Était-ce l'orifice interne ? C'est ce qu'auraient dit les anciens accoucheurs. Mais j'estimai que la contraction devait siéger plus haut encore, puisqu'elle se trouvait à 8 ou 9 centimètres au-dessus de l'orifice externe. Il s'agissait donc, sans doute, d'un resserrement de ce que l'on appelle aujourd'hui l'anneau de contraction.

On n'avait, bien entendu, pas donné de seigle ergoté.

J'introduisis toute la main dans le vagin, puis dans le canal cervico-utérin complètement vide. « Ce contact réveilla des contractions énergiques. » Dans leur intervalle, je sentis que l'anneau céda et se dilatait, je renonçais vite à l'idée de faire la version, parce que l'utérus, vide d'eau était extrêmement resserré sur le fœtus et j'appliquai le forceps. Les tractions abaissèrent la tête ; le bassin la laissait passer sans peine, mais je vis bientôt le museau de tonche apparaître à la vulve : j'entraînais l'utérus en même temps que le fœtus. Je continuais prudemment mes tractions ; mais sans résultat. Je retirai l'instrument et je le réappliquai dans un autre sens ; peine perdue. L'anneau rétracté ne permettait pas à la tête de descendre ; pendant ce temps, les battements du cœur fœtal, déjà modifiés avant mon intervention, avaient complètement disparu. Craignant une déchirure grave de l'utérus et n'ayant plus à me préoccuper de la vie de l'enfant, je fis la basiotripsie. L'accouchement fut alors terminé sans difficultés et avec la sécurité que donne le basiotribe. La délivrance fut normale et les suites de couches complètement apyrétiques.

OBSERVATION VIII. — M. Chevon).

Professeur BUDIN (*Maternité*). — *Membranes intactes jusqu'à l'intervention. — Bassin rétréci. — Diamètre P.S. P. 9.5. Grande résistance de l'anneau de Bandl qui semble mettre obstacle à la version. — Extraction d'un enfant vivant de 3.280 gr. à l'aide d'une application oblique de forceps. — Hémorragie de la délivrance. — Tamponnement intra-utérin.*

Multipare, vingt-huit ans ; la parturiente aurait commencé à marcher à un an ; réglée pour la première fois à quinze ans, elle fut enceinte à l'âge de dix-neuf ans et accoucha spontanément.

ment à terme d'un enfant vivant. La deuxième grossesse évolua également jusqu'à terme, mais l'accouchement spontané fut impossible et l'enfant fut extrait à l'aide de la version par M. Budin. L'extraction présenta certaines difficultés à cause de l'angustie pelvienne. L'enfant fut facilement ranimé; il pesait 4.520 gr., les suites de couches furent normales. La mère et l'enfant partirent en bonne santé.

Grossesse actuelle : les dernières règles remontent au 20 décembre 1896; la parturiente eut de fréquents vomissements dans le cours de sa grossesse et présenta, au niveau des organes génitaux et sur les membres inférieurs, des varices très nombreuses et volumineuses. Comme son dernier accouchement avait été laborieux, la malade vient demander une consultation à la Maternité le 20 août et reste à l'hôpital à partir de cette époque. La malade est examinée dès son entrée; on constate, au niveau du détroit supérieur, un sommet mobile, au fond de l'utérus, le siège; les petits membres sont à droite et le dos directement à gauche; les bruits du cœur sont normaux et entendus au voisinage de l'ombilic et à gauche de la ligne médiane; le bassin est large, sur les côtés, mais rétréci dans son diamètre antéro-postérieur; le diamètre P. S. P. est égal à 9.5.

La malade est de taille moyenne; on ne relève sur son squelette aucun signe de rachitisme. La malade est gardée en observation à la Maternité. Elle entre en travail le 20 octobre vers minuit. Les douleurs sont faibles, à 2 heures du matin, on trouve le col entièrement effacé et présentant une dilatation de 2 centimètres. Le travail, pendant la nuit, marche lentement; les douleurs ne présentent pas une grande intensité et sont relativement courtes.

A sept heures du matin, la dilatation est de 3 centimètres, c'est-à-dire presque sensiblement celle de la veille.

La partie fœtale, le sommet, repose sur le détroit supérieur sans inclinaison aucune, la suture sagittale se trouvant transversalement dirigée et située à une égale distance du promontoire et du pubis.

La poche des eaux est intacte et très saillante, au moment des contractions utérines.

Dans la journée, le travail marche avec lenteur, les contractions sont peu rapprochées et peu énergiques; la dilatation augmente à peine.

21 octobre. — A 8 heures du soir, la dilatation est de 5 centimètres; pendant la nuit, les douleurs deviennent plus rapprochées et plus intenses, si bien qu'à 11 heures du matin, le col présente une dilatabilité suffisante pour qu'il soit possible d'intervenir.

La tête repose sur le détroit supérieur, la poche des eaux, intacte, bombe dans le vagin; les bruits du cœur sont normaux.

Etant donné le degré de rétrécissement du bassin et le volume de la tête fœtale, il semble qu'il sera possible d'extraire un enfant vivant par la version. Cette intervention semble, du reste, d'autant plus indiquée, qu'elle a permis, à un accouchement antérieur, l'extraction d'un enfant vivant pesant 4.520 gr.

M. Budin rompt la poche des eaux, il s'écoule un liquide amniotique légèrement teinté de méconium.

La main gauche est introduite dans les parties maternelles; mais, en arrivant à la partie supérieure du segment inférieur, on trouve l'anneau de Bandl qui fait une saillie très marquée au niveau du cou du fœtus. La résistance qu'il oppose au passage de la main est telle que M. Budin préfère renoncer immédiatement à la version qui lui semble impossible avec une contraction aussi intense.

Ajoutons que l'anneau ne présente pas une diminution de résistance pendant l'intervalle des contractions; peut-être pourrait-on franchir l'obstacle annulaire par la dilatation manuelle, mais certainement le second temps de la version ne pourrait être effectué sans faire courir à la malade les risques d'une rupture utérine. Le forceps est alors immédiatement introduit : la cuiller gauche est en rapport avec l'apophyse

mastoïde du côté gauche, c'est-à-dire en arrière et à gauche, au niveau de l'articulation sacro-iliaque du même côté, la cuiller droite est en rapport avec la joue droite du fœtus et se trouve au niveau de l'éminence iléopectinée du côté droit. Avec l'aide de tractions très énergiques, la tête descend dans l'excavation et traverse ainsi le double rétrécissement musculaire et osseux ; le reste de l'extraction se termine simplement. L'enfant est du sexe féminin et pèse 3,280 grammes. Il crie presque aussitôt. La tête est assez ossifiée, le pariétal gauche chevauche sur le pariétal droit ; la pointe de l'occipital est enfoncée sous les pariétales. Les mensurations de la tête fœtale donnent :

Occipito frontal.	42
Occipito mentonnier	43
Sous-occipito bregmatique.	40,4
Bi-pariétal.	9,3
Bi-temporal	8

La délivrance se fait avec quelques tractions exercées sur le cordon, le placenta étant tout entier descendu dans le vagin.

Une heure après, une hémorragie abondante se produit ; l'utérus est mou, distendu ; la malade est très pâle et, comme ces phénomènes hémorragiques persistent, après l'ablation des caillots contenus dans la cavité utérine et après de nombreuses injections utérines très chaudes, on a recours au tamponnement intra-utérin pratiqué avec de la gaze iodoformée ; l'hémorragie cesse aussitôt. Les injections d'éther, de caféine et de sérum sont pratiquées dans le but de relever la tension artérielle. Le tamponnement intra-utérin est enlevé le lendemain matin. Les suites de couches furent parfaitement normales.

OBSERVATION IX (Th. Chevron)

Professeur BUDIN (*Maternité*). — *Bassin rétréci. — Promontousous-pubien, 10 3/4. — Application forceps infructueuse au détroit supérieur. — Difficultés rencontrées dans le refoulement de la tête au-dessus de l'anneau de contraction. — Extraction d'un enfant vivant, pesant 4.700 gram. Trentesept ans, multipare.*

La parturiente aurait commencé à marcher tardivement mais ne peut préciser l'époque exacte. A l'âge de onze ans, elle eut un rhumatisme articulaire aigu, qui se généralisa à toutes les articulations et nécessita un repos au lit de trois mois. Elle fut réglée à l'âge de quinze ans, et la menstruation fut toujours normale depuis lors. La malade eut cinq grossesses antérieures ; toutes se terminèrent spontanément par la naissance d'enfants vivants, à l'exception d'un seul qui mourut pendant le travail du premier accouchement.

Grossesse actuelle : les règles eurent lieu pour la dernière fois dans le commencement de janvier ; la grossesse évolua sans aucun accident ni aucune complication, et elle entra en travail le 6 octobre 1896, à 6 heures 1/2 du matin. Pendant toute la journée, elle eut de violentes douleurs ; le lendemain, la dilatation étant complète, la sage-femme qui l'assistait pratique la rupture artificielle des membranes ; mais l'accouchement spontané ne paraissant pas possible, elle conseille à la malade de partir à la Maternité, où elle arrive à 11 heures du matin. A l'examen local, on constate que l'abdomen est très distendu, faisant une saillie plus considérable que normalement.

Par le palper, on peut arriver sur un fœtus présentant un volume relativement considérable, dont le sommet repose sur le détroit supérieur, tandis que le siège occupe le fond de l'utérus ;

le dos est tourné du côté gauche et les petits membres du côté droit; les bruits du cœur fœtal s'entendent au niveau de l'ombilic un peu à gauche, et sont parfaitement normaux. Par le toucher on peut constater que le col est complètement dilaté. Il est possible d'arriver sur le sommet moulé et fixé sur le détroit supérieur. Le promontoire est accessible par le toucher vaginal et la distance qui le sépare du bord inférieur du pubis est de 10 centimètres trois quarts.

Dans l'espoir de terminer l'accouchement, la malade est chloroformisée et une application oblique de forceps est tentée. Cette intervention semble préférable à toute autre, car elle permet de bénéficier des efforts accomplis par le muscle utérin, qui ont fait pénétrer la tête à travers le détroit supérieur où elle est restée moulée.

La branche gauche est introduite la première et se met en rapport, au niveau de l'articulation sacro-illiaque, avec l'apophyse mastoïde gauche du fœtus. La branche droite est placée au niveau de l'éminence iléo-pectinée, en rapport avec la joue droite du fœtus. Quelques tractions sont exercées pendant une contraction utérine, mais, pendant que l'expression est pratiquée sur le fond de l'utérus, la tête reste toujours fixée au détroit supérieur.

M. Budin pense qu'il sera possible par la version podalique d'extraire un enfant vivant et que, venant la dernière, la tête pourra plus facilement traverser la filière pelvienne rétrécie.

La main gauche est introduite dans le col, puis dans le segment inférieur, à la recherche d'un pied, mais elle est bientôt arrêtée par la saillie de l'anneau de Bandl qui s'oppose à la pénétration; ce dernier semble se relâcher nettement pendant l'intervalle des contractions, et l'on profite de l'instant où la tension de l'anneau diminue, pour introduire la main dans la cavité utérine, où elle saisit le pied droit qui est attiré à la vulve et fixé par un lacs. La main qui est au contact de la tête fœtale exerce des pressions directes sur elle, de bas en haut, de façon à faire buter contre l'anneau de Bandl rétracté. Au bout de quelques instants, la main sent une défaillance

dans la tonicité de la bande musculaire qui semble céder et qui permet le passage de la tête fœtale.

A ce moment, le pied abaissé à la vulve est saisi par l'opérateur de façon à faire évoluer le fœtus pendant qu'un aide entraîne la tête au-dessus de l'anneau de Bandl, à travers la paroi abdominale. Grâce à cette manœuvre, on peut terminer le second temps de la version. Le siège est entraîné hors de la vulve, puis les bras sont dégagés l'un après l'autre; deux doigts sont introduits dans la bouche qui regarde à gauche et exercent sur le maxillaire inférieur des pressions énergiques, de façon à fléchir la tête, tandis que la nuque du fœtus est repoussée sur la ligne innominée du côté droit.

Grâce à ces manœuvres et l'expression pratiquée à travers la paroi abdominale sur la région frontale, la tête traverse la filière pelvienne rétrécie.

L'enfant naît en état de mort apparente, mais, après avoir pratiqué l'aspiration des mucosités contenues dans les voies aériennes, l'enfant est facilement ranimé; il était du sexe masculin et pesait 4.700 gr. Le placenta est extrait par des tractions exercées sur le cordon quand on eut constaté qu'il reposait sur le plancher périnéal; il est complet ainsi que les membranes et pèse 740 gr.

Après la délivrance, M. Budin pratique, à l'aide de l'instrument de Crouzat, la mensuration du diamètre promonto-pubien minimum; il est égal à 9,3.

Les mensurations de la tête sont les suivantes :

O F.	44
O M.	43,5
B P.	9,8
B T.	8,5
SoB.	40

Suites de couches normales.

OBSERVATION X (Th. Chevon)

(Prise dans le service du D^r BUDIN, à l'hôpital de la Charité.)

Grossesse gémellaire de sept mois et demi, méconnue. — Premier enfant se présentant par le siège, le second par le sommet. — Contraction de l'anneau de Bandl au-dessous du sommet du fœtus. — Tentatives infructueuses de version. — Application de forceps et extraction d'un enfant vivant.

Primipare de trente-cinq ans. Il s'agit d'une malade entrée, le 18 novembre 1893, à la Charité, ayant présenté, dans son enfance, de l'ostéite, au niveau de l'extrémité supérieure du tibia, qui avait nécessité le grattage de l'os.

Réglée à quatorze ans, ses règles furent toujours régulières, normales.

Elle devint enceinte quelques jours après le 28 février 1892, époque de ses dernières règles. L'évolution de la grossesse fut pénible, à cause des vomissements qui eurent lieu jusqu'à la fin de la gestation.

Les premières douleurs du travail apparurent le 28 novembre, à minuit. A 10 heures du matin, comme la poche des eaux s'était rompue et qu'une grande quantité de liquide amniotique s'était écoulé, elle se rendit immédiatement à l'hôpital de la Charité.

A l'examen local, on put voir que l'utérus était développé comme dans une grossesse de huit mois.

Le palper était rendu très difficile par la tension exagérée des parois, constatée même pendant l'intervalle des contractions utérines; néanmoins, on put délimiter au détroit supérieur un pôle fœtal présentant tous les caractères du siège complet. Au fond de l'utérus, se trouve la tête, à gauche le dos, à droite les petits membres.

Le foyer d'auscultation était situé un peu à gauche de la ligne médiane, en un point voisin de l'ombilic. Par le toucher vaginal, on arrivait sur le col qui était complètement effacé et présentait une dilatation de 2 centimètres.

La partie fœtale qui était au niveau du détroit supérieur présentait tous les signes du siège complet ; le sillon interfessier était dans le diamètre oblique gauche. En avant et à gauche, se trouvait la crête sacrée, en arrière et à droite les petits membres. Il s'agissait donc d'une présentation du siège complet en position sacro-illiaque gauche antérieure ; l'angle sacro-vertébral était accessible et le diamètre promonto-sous-pubien mesurait 11 centimètres. A une heure de l'après-midi, la dilatation était de 3 cent. $1/2$ environ.

Une heure plus tard, comme les bruits du cœur commençaient à se ralentir, on dut, bien que la dilatation ne mesurât que 6 centimètres, pratiquer l'extraction pour tâcher de sauver l'enfant.

L'extraction, du reste, fut relativement aisée à cause des dimensions faibles de l'enfant. Après l'accouchement, en examinant l'abdomen de la parturiente on s'aperçut qu'un second fœtus était encore contenu dans la cavité utérine. Il se présentait par le sommet, en position droite postérieure.

Le toucher étant pratiqué, on pénétra dans le col, puis dans la cavité du segment inférieur qui était absolument vide. En remontant plus haut, on constata un anneau serré au-dessus duquel se trouvait le second fœtus. L'étranglement répondait assurément à l'anneau de contraction qui séparait ainsi la cavité utérine en deux parties, l'une inférieure limitée par les parois du segment inférieur, et ayant contenu le fœtus expulsé, l'autre partie, répondant à la cavité du corps utérin dans laquelle était contenu le second fœtus.

La résistance au passage de la main qu'opposa cet anneau fit renoncer à la version podalique et l'on recourut à l'application du forceps. C'est avec une grande difficulté que les cuillers purent saisir la tête qui, prise solidement, put être abaissée dans l'excavation et dégagée ainsi que le reste du corps.

La délivrance se fit spontanément, le placenta formait une masse unique avec deux poches amniochoriales.

Les enfants tous deux extraits vivants pesaient, le premier 4.780 grammes, le second 4.670.

Les suites de couches furent parfaitement normales.

OBSERVATION XI (Th. Cheron)

Professeur BUDIN. — *Bassin rétréci. P.S.P. = 10 centimètres. — Tentatives infructueuses d'extraction à l'aide d'une application de forceps. — Version. — Contraction de l'anneau de Bandl. — Enfant vivant.*

Multipare, trente-quatre ans, entrée à la Maternité le 2 février 1898.

La menstruation s'établit à l'âge de douze ans, la parturiente a eu huit grossesses antérieures qui toutes évoluèrent normalement et se terminèrent à terme de la manière suivante : les deux premières par la naissance d'enfants qui moururent pendant le travail; dans les autres accouchements, tous les enfants furent vivants et expulsés spontanément, excepté dans les sixième et huitième accouchements, où des applications de forceps furent nécessaires.

La grossesse actuelle a évolué jusqu'à terme sans présenter d'accident. Les dernières règles remontent au 1^{er} mai 1897, la malade entre à la Maternité le 2 février 1898 et deux jours après elle ressent les premières douleurs du travail vers 7 heures du soir. A l'examen local, on trouve que le volume de l'abdomen répond sensiblement à celui qui doit exister dans une grossesse à terme.

Par le palper, on sent un fœtus qui est situé longitudinalement, dont le sommet est en rapport avec le détroit supérieur; le siège au niveau du fond de l'utérus; le dos à droite; les petits membres à gauche; les bruits du cœur sont normaux

et entendus à droite au niveau de l'ombilic. Par le toucher vaginal, on trouve le col complètement effacé et présentant une dilatation de 2 centimètres environ ; en déprimant la poche des eaux, pendant l'intervalle des contractions, on arrive sur le sommet qui repose sur le détroit supérieur et dont la suture sagittale est située dans le diamètre transverse, à peu près à égale distance du promontoire et de la symphyse pubienne. A l'extrémité gauche de ce diamètre, se trouve la fontanelle antérieure plus accessible que la fontanelle postérieure située à l'extrémité droite.

Les douleurs reviennent à des intervalles assez rapprochés et sont intenses ; le col se dilate progressivement. A 1 heure du matin, la dilatation mesure 4 centimètres ; à 4 heures, 8 centimètres.

Les contractions sont de plus en plus rapprochées et longues, de telle sorte qu'à 10 heures du matin, la dilatation est complète. La poche des eaux est saillante et bombe dans la partie inférieure du vagin ; la tête est inclinée sur son pariétal postérieur comme le montre la direction de la suture sagittale qui est orientée dans le diamètre transverse et presque en contact avec la symphyse pubienne.

Les bruits du cœur sont excellents ; mais la malade présente des signes d'épuisement et de fatigue et une intervention pour délivrer la mère semble absolument indiquée. La poche des eaux est alors rompue et il s'écoule une grande quantité de liquide amniotique légèrement teinté de méconium, bien que l'enfant n'ait présenté aucun signe de souffrance.

La parturiente est mise sous le chloroforme et l'on se propose de faire une application oblique de forceps. La branche droite est introduite la première ; puis la gauche et les cuillers se trouvent en rapport avec les extrémités obliques du bassin. La prise est doublement oblique par rapport au bassin. Après avoir articulé le tracteur, des tractions sont faites. La tête reste fixée au détroit supérieur et l'extrémité des cuillers glisse sur elle.

Le forceps est enlevé et on introduit la main droite dans la cavité utérine pour pratiquer la version. Mais on est bien vite arrêté au niveau de la région de l'anneau de Bandl par un

cercle musculaire étroit qui s'applique sur le cou du fœtus et l'enserre. La cavité utérine se trouve ainsi divisée en deux parties : une zone inférieure, constituée par les parois du segment inférieur, et dans laquelle la tête se trouve libre et mobile, dans un espace assez considérable ; dans la zone supérieure se trouve le reste du fœtus, c'est-à-dire le tronc et les membres.

Après quelques minutes de dilatation manuelle de la bande musculaire, la main peut être introduite dans la cavité du corps utérin où elle tâche de se frayer un passage jusqu'au fond de l'utérus, pour atteindre un pied. Toute la portion sus-annulaire de l'utérus est très contractée sur le fœtus, ce qui rend difficile cette partie du premier temps. On saisit le pied qui se présente et ce dernier est abaissé et traverse le rétrécissement du détroit musculaire. Mais ce mouvement de descente est limité et il est impossible, malgré des pressions soutenues, de l'attirer hors du vagin. Ce n'est qu'après la saisie du second pied que l'abaissement du siège est possible ; il semble que le membre inférieur, resté dans la cavité du corps utérin, en butant contre l'anneau de Bandl ait empêché le mouvement de descente de cette partie du fœtus d'être accompli.

Grâce aux tractions faites sur les membres inférieurs, la tête franchit l'anneau de Bandl aidée par les pressions directes exercées sur elles.

Le siège descend et se dégage, une anse au cordon est faite et le tronc sort. Les épaules, qui étaient relevées, sont abaissées et dégagées ; enfin la tête franchit le détroit supérieur, grâce à la manœuvre de Champetier.

L'enfant naît en état de mort apparente ; il est facilement ranimé ; il est du sexe masculin et pèse 4.050 grammes. Ses principaux diamètres sont les suivants :

Occipito-frontal	12
Occipito-mentonnier	13
Bi-pariétal.	10
Bi-temporal	8,2
Sous-occipito-bregmatique.	9

La délivrance est faite à l'aide de la méthode mixte ; l'arrière-faix pèse 800 grammes.

Les suites de couches furent normales.

OBSERVATION XII (Th. Chéron)

Bassin rétréci, P.S.P. mesurant 10,9.— Extraction à l'aide d'une application de forceps d'un enfant pesant 4.120 gr. Dystocie due à l'anneau de contraction.

Secundipare, exerçant la profession de ménagère, âgée de vingt-deux ans. La parturiente aurait commencé à marcher à l'âge de deux ans et aurait eu, pendant son enfance, une rougeole.

Les premières règles survinrent à l'âge de dix-huit ans. Sa première grossesse évolua sans accident et se termina dans le mois de juillet 1896, après un travail qui dura deux jours, par la naissance d'un enfant vivant, né à terme, qu'on dut extraire à l'aide d'une application de forceps.

La grossesse actuelle a évolué d'une façon tout à fait normale.

L'examen général fournit les renseignements suivants :

Les organes splachniques sont normaux. Pour le squelette, on relève des traces de rachitisme ; les mains sont petites ; les tibias incurvés en lame de sabre, et il existe, entre les deux fémurs, un léger écartement résultant de l'exagération de leur courbure à concavité interne.

L'examen obstétrical démontre que l'utérus remonte à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic et permet de reconnaître, par le palper, la présence d'un fœtus mobile dans la cavité utérine, baignant dans un liquide amniotique peu abondant, dont la tête affleure le détroit supérieur et le siège occupe le fond de l'utérus, tandis que le dos regarde à gauche et les petits membres à droite. Le col de l'utérus est long et fermé ; le segment inférieur très peu développé.

En explorant le bassin, on arrive sur le promontoire qui est séparé du bord inférieur de la symphyse pubienne par une distance qui mesure 10 cent. 9.

La parturiente entre à la clinique Tarnier le 24 octobre ; le 23 décembre, à 7 heures du soir, les membranes se rompent spontanément et il s'écoule une très petite quantité de liquide amniotique.

La situation occupée par le fœtus reste la même et son volume est relativement considérable.

A 10 heures du soir, la dilatation du col mesure 2 centimètres.

Les douleurs sont peu fortes pendant la nuit, et le matin, à 5 heures, on trouve que la dilatation a atteint 6 centimètres.

A partir de ce moment, les contractions deviennent assez énergiques et sont extrêmement douloureuses, mais elles n'ont aucune influence sur la progression du fœtus dont la tête n'a aucune tendance à s'engager.

Malgré le long travail et la rupture précoce de la poche des eaux, il n'existe pas de bosse séro-sanguine sur la partie fœtale qui se présente. Bien que les contractions soient courtes et séparées l'une de l'autre par un relâchement complet des parois utérines, et qu'il n'y ait aucune compression du fœtus, les battements deviennent un peu irréguliers et se ralentissent. Vers 6 heures du soir, ils se modifient encore davantage et ne sont que de 80 par minutes.

En présence de ces symptômes, M. Chavanne, après avoir pris l'avis de M. le professeur Budin, se décide à intervenir.

La femme étant chloroformée, et mise dans la position obstétricale, l'opérateur introduit la main dans les organes génitaux et trouve le segment inférieur s'appliquant sur la tête du fœtus. En poussant plus loin son exploration, il constate que l'utérus forme, au niveau du cou et des épaules de l'enfant, un anneau peu serré, mais épais et résistant, qui maintient les épaules élevées. De plus, entre cet anneau et le cou du fœtus, il constate l'existence d'un circulaire, peu serré, du cordon au niveau

duquel les battements sont lents et réguliers. Le diagnostic est donc des plus évidents. Il s'agit d'une rétraction de l'anneau de Bandl au niveau du cou du fœtus, rétraction qui explique la lenteur du travail, la douleur si marquée des contractions utérines, le non-engagement de la tête, les modifications dans les battements du cœur fœtal, dus à la compression intermittente du cordon.

La présence de cet anneau de contraction contre-indique la version, et bien que l'application de forceps soit une opération difficile à cause de l'élévation de la tête fœtale située au-dessus du détroit supérieur, c'est à celle-ci qu'on doit avoir recours.

On fait une application oblique de forceps, en commençant par introduire la branche gauche qui est placée en arrière sur le région mastoïdienne, tandis que la branche droite est ramenée en avant, au niveau de la région fronto-pariétale du fœtus. Dès lors, on pratique des tractions dans l'intervalle des contractions utérines, et de l'expression sur le fond de l'utérus. Il fallut déployer une force très grande pour entraîner la tête qui apparaît à la vulve coiffée par le col de l'utérus complètement dilaté. La rotation et le dégagement céphalique sont exécutés et l'extraction terminée.

L'enfant, né en état de mort apparente, a pu être ranimé. Il pèse 4.420 grammes, sa longueur 51 centimètres, les diamètres de la tête sont les suivants :

O.M.	43 1/2
O.F.	42 1/2
S.O.B.	9 1/2
Bi P.	9
B.T.	7 1/2

La délivrance a lieu naturellement, le placenta pèse 630 grammes, le cordon mesure 60 cent. et les membranes sont complètes.

Les suites de couches furent normales.

Cette observation nous paraît intéressante à plusieurs points de vue :

1° Nous signalerons d'abord la forme des contractions uté-

rines, qui sont courtes et très douloureuses, n'ayant pas d'action sur la partie fœtale.

2° Bien que la poche des eaux se soit rompue au début du travail, il ne s'est écoulé que très peu de liquide amniotique, au moment même de la rupture et pas du tout pendant le travail; pourtant la tête fœtale ne remplissait pas le détroit supérieur et l'œuf contenait une notable quantité de liquide amniotique qui s'est écoulé après la sortie du fœtus.

3° Après un travail de vingt-quatre heures, les membranes rompues, il n'y a pas eu, sur la tête, trace de bosse séro-sanguine.

4° On a été amené à faire le diagnostic, avant toute intervention, par la forme en sablier de la cavité utérine. Rien, au palper, ne révélait l'existence de la contraction de l'anneau de Bandl, mais la main exploratrice avait nettement la sensation que la cavité utérine allait en se rétrécissant au niveau du cou.

5° L'extraction du fœtus a nécessité l'emploi d'une traction très énergique due, non au rétrécissement seul du bassin, malgré le volume du fœtus, mais surtout à la résistance de l'anneau. Il a fallu, en effet, entraîner avec le fœtus tout l'utérus, le col et une partie du segment inférieur faisant saillie hors de la vulve pendant l'extraction. Le col n'est remonté dans le vagin qu'après le passage des épaules à travers l'anneau de contraction.

OBSERVATION XIII (Th. Chéron).

Professeur BUDIN (Charité). — *Bassin rétréci.* — P. S. P. égale 9, 7. — *Tentatives infructueuses d'extraction avec application de forceps.* — *Version podalique par manœuvres internes.* — *Grandes difficultés pendant le second temps à cause de la rétraction de l'anneau de Bandl.* — *Enfant vivant de 4.430 grammes.* — *Bi-pariétal, 10,5.* — *Enfoncement au niveau de la région temporale.*

Multipare, trente-neuf ans, entrée à la Charité, le 26 avril 1892.

La parturiente appartient à une famille dont la plupart des membres, le père et les deux frères, sont morts d'affection pulmonaire probablement tuberculeuse. Elle a commencé à marcher à dix-huit mois; à l'âge de cinq ans, elle eut une fièvre typhoïde qui dura deux mois et dont la convalescence fut très longue. Les premières règles apparurent à l'âge de treize ans et demi.

Avant cette dernière grossesse, elle eut six enfants. Enceinte pour la première fois à l'âge de vingt-six ans, l'accouchement fut spontané, à terme et se termina par la naissance d'un enfant vivant. A signaler les mêmes particularités pour les autres accouchements, excepté pour le dernier, où l'accouchement spontané fut impossible.

M. Champetier de Ribes intervint par une application de forceps et put extraire un enfant de 3.650 grammes, qui présentait un enfoncement marqué au niveau de la région temporale.

La grossesse actuelle n'a rien présenté d'anormal dans son évolution; les dernières règles remontent au 15 juillet 1894.

Les premières douleurs du travail surviennent le 26 avril à 1 heure du matin, et elle entre à la Charité à 7 heures.

Elle pousse des cris comme si elle était à la période d'expulsion; l'abdomen est très volumineux; l'utérus reste contracté et dur, même pendant l'intervalle des contractions qui sont très fréquentes et d'une durée assez longue, si bien que le palper abdominal reste très difficile. On peut toutefois sentir un sommet au niveau du détroit supérieur; le siège au fond de l'utérus; le dos à gauche; les bruits du cœur sont entendus à gauche près de l'ombilic, ils paraissent un peu fréquents.

Au toucher, on constate que la dilatation est complète; en déprimant, dans l'intervalle d'une contraction, la poche des eaux qui est volumineuse et descend dans le vagin, on arrive sur la tête fœtale dont la suture sagittale est orientée parallèlement au diamètre transverse du bassin. A l'extrémité gauche de ce diamètre, on sent la fontanelle postérieure qui est facilement accessible.

La poche des eaux est rompue et il s'écoule un liquide amniotique légèrement teinté de méconium. On trouve un promontoire extrêmement saillant; la distance qui le sépare du pubis est égale à 9,7. Les parties latérales du bassin larges; le côté droit présente une concavité plus grande que le côté gauche.

A ce moment, l'auscultation du cœur fœtal fait entendre des battements très précipités. On se prépare à faire l'extraction de l'enfant par une application oblique de forceps. La branche est introduite à gauche et en arrière, en rapport avec l'apophyse mastoïde du côté gauche; la branche droite est placée à droite et en avant, au niveau de l'éminence ilio-pectinée du côté droit, elle est en rapport avec la joue droite du fœtus.

Après plusieurs tractions énergiques, la tête reste toujours fixée sans aucune tendance à descendre. M. Budin ne persiste pas dans ces manœuvres et a immédiatement recours à la version par manœuvres internes. A ce moment les bruits du cœur sont très ralentis. La main gauche est introduite dans le vagin, puis dans l'utérus.

Dans le segment inférieur, elle rencontre la tête fœtale, passe entre elle et la paroi utérine, mais elle est bientôt arrêtée au niveau de la partie supérieure du segment inférieur par un anneau épais, résistant, qui est en rapport avec le cou du fœtus.

Cet anneau très saillant au moment des contractions, et opposant une résistance absolue à la main qui essaie de le franchir, présente dans l'intervalle des contractions une tension un peu moindre, aussi, pendant l'intervalle d'une contraction, le relief de l'anneau de Bandl peut être déprimé contre la paroi utérine d'une façon suffisante pour permettre le passage de la main qui va jusqu'au fond de l'utérus à la recherche d'un pied.

Ce dernier est saisi : c'est le droit. Il est abaissé pendant que la main droite, quittant le fond de l'utérus qu'elle avait soutenu et abaissé jusqu'alors, vient se placer au niveau de la tête fœtale qu'elle repousse à gauche et en haut, de façon à lui faire franchir l'obstacle annulaire, avec l'aide de pressions directes

exercées sur la tête par la main située dans le segment inférieur. Par la combinaison de ces deux manœuvres, l'évolution se termine heureusement. La tête remonte jusque dans la cavité utérine, tandis que le membre inférieur droit est abaissé à la vulve; le tronc se dégage aisément et descend parallèlement à la branche iléo-pectinée du côté droit; le cordon est abaissé. A ce moment, l'enfant fait un mouvement d'inspiration. La tête est retenue au-dessus du détroit supérieur; la main gauche va à la recherche du menton qui regarde directement à droite.

L'index appuyant sur le maxillaire inférieur l'abaisse, tandis que deux doigts de l'autre main viennent appuyer à plat sur chaque clavicule. La nuque du fœtus est mise en rapport avec la ligne innominée du côté gauche, de façon à opposer au diamètre antéro-postérieur du bassin le diamètre bi-temporal.

Des tractions soutenues sont ainsi exercées avec l'aide de l'expression frontale, la tête descend dans l'excavation. Le sous-occiput est mis en rapport avec la symphyse et la tête est dégagée. L'enfant naît étonné; après quelques frictions, il fait une large inspiration et se met à crier.

Il est du sexe féminin et pèse 4.430 grammes, et présente au niveau de la suture fronto-pariétale un enfoncement considérable; en outre, on peut constater au niveau de la joue droite l'empreinte de la cuiller du forceps.

Les principaux diamètres sont les suivants :

Occipito-frontal.	12
Occipito-mentonnier.	14
Bi-temporal.	8 1/2
Bi-pariétal	10 1/2
Sous-occipito-bregmatique	11 1/2

La délivrance est faite aisément; les suites de couches sont normales; l'enfoncement qu'on avait remarqué chez l'enfant diminue chaque jour de profondeur; la malade sort de l'hôpital le douzième jour.

OBSERVATION XIV (th. Chéron)

Professeur BUDIN (Maternité). — *Bassin rétréci, P. S. P. égale 9 c. 4. — Extraction impossible à l'aide du forceps et d'une version podalique. — Contraction énergique de l'anneau de Bandl rendant le refoulement de la tête impossible. — Basiotripsie.*

Primipare de vingt-cinq ans, entrée à la Maternité le 17 février 1895.

Antécédents héréditaires nuls. Antécédents personnels : la parturiente a marché de bonne heure, elle n'a présenté aucune affection pendant son enfance; elle est bien réglée depuis l'âge de onze ans, époque à laquelle sa menstruation s'est établie.

Grossesse actuelle; les dernières règles datent du 20 au 25 avril 1894; la grossesse n'a présenté dans son évolution rien d'anormal.

La parturiente entre en travail le 17 février, à 10 heures du matin, et se présente à la Maternité quelques heures plus tard.

Examen local : l'abdomen est développé comme celui d'une femme enceinte de neuf mois; par le palper, on délimite facilement le fœtus, situé longitudinalement et dont la tête est mobile au-dessus du détroit supérieur. En l'approchant du détroit, on voit qu'elle déborde légèrement la symphyse pubienne; le dos est à droite et les petits membres à gauche; les bruits du cœur s'entendent à droite de la ligne médiane, à la hauteur de l'ombilic. Nous sommes donc en présence d'une présentation du sommet en position droite transversale.

Au toucher vaginal, le col est complètement effacé et présente une dilatation d'un franc; le promontoire est facilement accessible, tandis qu'il existe au contraire une certaine étendue sur les parties latérales.

La distance qui sépare le promontoire du bord inférieur de la symphyse pubienne est de 9 cent. 4. La poche des eaux est

intacte. Par l'examen du squelette, on relève quelques stigmates de rachitisme; la malade est de petite taille, le front est saillant au niveau des bosses frontales; les membres sont droits et ne présentent aucune courbure anormale; les mains sont petites et les doigts très courts; il n'existe pas de chapelet costal ni de courbe rachidienne anormale.

Les douleurs sont fréquentes et fortes durant toute la nuit; le lendemain, 18 février, la poche des eaux se rompt spontanément; la dilatation, à ce moment, mesure 5 centimètres; la tête est inclinée sur son pariétal postérieur comme le montre la situation de la suture sagittale qui est très rapprochée de la symphyse pubienne, la tête en outre est très peu fléchie.

A 4 heures, la dilatation de l'orifice utérin a peu augmenté, la bosse séro-sanguine est très volumineuse et la tête ne s'engage pas, elle est toujours inclinée sur son pariétal postérieur, les bruits du cœur sont normaux.

A 6 heures du soir, le col présente une dilatabilité suffisante pour intervenir, les bords sont souples et la dilatation mesure environ 7 centimètres. M. Budin, qui a été prévenu, se propose d'essayer de pratiquer l'extraction à l'aide d'une application de forceps, pour faire bénéficier la parturiente des contractions utérines qui semblent avoir moulé la tête au niveau du détroit supérieur. La cuiller droite est introduite la première, au contact de la symphyse sacro-iliaque droite, tandis que la cuiller gauche est mise en rapport avec l'éminence ilio-pectinée gauche.

Des tractions sont pratiquées, mais la tête ne descend pas et reste fixée au détroit supérieur. Pendant ces manœuvres, l'enfant présente certains signes de souffrance, les bruits du cœur sont devenus sourds et le liquide amniotique qui s'échappe est teinté de méconium. M. Budin veut tenter alors la dernière chance qui reste de sauver l'enfant et se prépare à faire la version. Il fait pénétrer la main droite dans le vagin et il attend que la contraction soit terminée, mais l'utérus est toujours fortement contracté sur le fœtus. Au niveau du bord supérieur du segment inférieur, se trouve une bande circulaire, étroite, appliquée intimement sur le cou du fœtus; sa tension est

extrême et cède à peine dans l'intervalle des contractions. La pénétration dans la partie sus-annulaire est très laborieuse, la main ayant de grandes difficultés à franchir cet obstacle; on saisit le pied qui se présente et l'on tâche de l'abaisser le plus possible. Mais la paroi utérine est appliquée si étroitement sur le fœtus qu'il est à peine possible d'abaisser le pied saisi, qui reste dans la partie supérieure du vagin. On essaie de pratiquer le refoulement de la tête et, dans ce but, on a recours aux manœuvres suivantes :

La main droite, étant dans le segment inférieur, exerce sur la tête des pressions de bas en haut, tandis que la main gauche, à travers l'abdomen, essaie de soulever la tête en combinant ses mouvements à ceux qui sont imprimés directement sur le globe céphalique. Ces manœuvres sont répétées plusieurs fois, mais la tête entraîne le segment inférieur de l'anneau de Bandl avec elle en remontant vers le fond de l'utérus. On pourrait croire qu'elle a franchi le détroit supérieur, mais elle ne tarde pas à redescendre spontanément et il est facile de se convaincre qu'elle est toujours restée dans le segment inférieur.

Comme on voit que le refoulement de la tête sera impraticable, sans faire courir des risques sérieux à la mère, la version est alors abandonnée et l'on se voit obligé de recourir à la basiotripsie. La tête fixée par un aide, M. Budin fait pénétrer dans le crâne le perforateur de Blot, puis celui de Tarnier. Les deux branches sont appliquées et on fait le broiement.

Délivrance naturelle trois quarts d'heure après l'accouchement, suites de couches normales.

OBSERVATION XV

*Tetanoïd falciform contraction of the uterus, ante partum
hourglass contraction of the uterus. Miltenberger, Mary-
land M. J. Balt., 1888-89.*

Primipare de vingt-huit ans. Membranes rompues depuis cinq jours. Dilatation complète. Première application de forceps

Simpson sans résultats. Seconde tentative avec le forceps Tarnier qui amène la tête à la vulve. La femme mourut. Le Dr Miltenberger termina alors l'accouchement par une version podalique. L'utérus avait la forme en sablier. Forte rétraction de la partie supérieure de l'utérus sur le fœtus. La tête fœtale était au-dessous de l'anneau dans la partie relâchée de l'utérus.

Il fallut de grands efforts pour pénétrer entre le cou et l'anneau.

Il faut admettre dans cette observation que la mort de la femme a déterminé un certain relâchement de la rétraction utérine.

OBSERVATION XVI

Ante partum hourglass. A report of a case with some incidental considerations concerning the abuse of ergot in parturition. Cromwell, Maryland M. J. 1895.

Présentation du sommet. Fœtus volumineux avec hydramnios. Pas de rétrécissement du bassin. Le col était complètement dilaté, et le travail ne marchant pas, on administra de l'ergot de seigle ; sous cette influence les contractions deviennent bientôt continues et intenses ; toutefois pas d'engagement de la tête.

Au bout d'une heure les contractions cessent et on applique le forceps sans difficulté : pas de résultat ; la tête descend, entraînant l'utérus, puis remonte. Plusieurs tentatives de traction sans succès.

Deuxième application de forceps qui finit, après bien des efforts, par amener un gros enfant.

La main introduite dans l'utérus montre la contraction en sablier.

Suites de couches normale. Enfant vivant. Pour l'auteur, la rétraction de l'anneau musculaire a bien été la cause dystocique.

OBSERVATION XVII

A case of labor with constriction of the internal os. Stone,
Boston med. and Surg. Journ. 1889.

Primipare. Dilatation complète du col. Applications de forceps. Traction énergiques sans résultat. Dérapement des cuillers.

L'exploration digitale permet de constater un anneau musculaire enserrant le cou de l'enfant.

Deuxième application de forceps sans aucun résultat.

La femme finit par accoucher d'un enfant mort.

CHAPITRE VI

EMBRYOTOMIE. — BASIOTRIPSIE. — CRANIOTOMIE.

La rétraction utérine, le tétanisme de la portion supérieure de l'utérus qui accompagne si fréquemment la rétraction de l'anneau de Bandl, surtout dans les cas de travail prolongé et de rupture prématurée de la poche des eaux, constitue dans la grande généralité des cas une indication de l'embryotomie. D'ailleurs, dans les cas rapportés de rétraction utérine l'embryotomie fut toujours la méthode de choix. L'adjonction de la contraction de l'anneau de Bandl ne doit *a priori* changer en rien la thérapeutique obstétricale de ces cas pathologiques. Il est curieux de voir la statistique de la thèse de Durier sur le tétanisme utérin : cette statistique comprend 56 cas, dont 37 cas de guérison, obtenus : 2 avec le forceps, 8 avec la version, 27 avec l'embryotomie ; la supériorité de cette dernière méthode est incontestable. Cette statistique est intéressante à plus d'un titre, elle montre en particulier qu'il y a eu mort de l'enfant dans tous les cas, ni le forceps, ni la version n'ont amené un enfant vivant ; ce qui tend

à faire considérer, dans les cas où la rétraction utérine est nettement constatée, la vie de l'enfant comme à peu près sacrifiée et devant être de peu de poids dans le choix de la méthode à employer pour délivrer la femme.

Au point de vue des indications de l'embryotomie il faut tenir compte en effet d'un certain nombre d'éléments étrangers à l'anneau de contraction et au muscle utérin : les chances de vie de l'enfant, sa position dans l'utérus, la forme du bassin.

Dans les cas où le fœtus est enserré dans l'anneau de Bandl, en un point quelconque, si l'enfant est mort, il faut sans hésiter recourir à l'embryotomie, et en particulier si on a affaire à un sommet, faire la basiotripsie qui réunit en pareil cas le double avantage de réduire la tête et de fournir une prise solide pour l'extraction de l'enfant.

Dans les cas où le segment inférieur est vide, Demelin est d'avis de toujours essayer de dilater l'anneau et de faire la version avant de pratiquer l'embryotomie qui présentera d'ailleurs ici de très grandes difficultés.

Une fois ces principes généraux établis, nous devons rechercher jusqu'à quel point les diverses méthodes mutilatrices nous seront une ressource, quelles sont les difficultés à surmonter par l'opérateur et les accidents auxquels ces manœuvres l'exposeront.

Les observations, en effet, montrent pour la plupart combien est pénible la tâche de l'accoucheur dans cette intervention et ce mode opératoire, qui semble *a priori* devoir débarrasser la femme dans tous les cas, est parfois aussi d'un insuccès complet. Il est même des conditions assez précises dans lesquelles, avant toute tentative, il est for-

mellement contre-indiqué de recourir à l'embryotomie ; nous faisons allusion aux cas de tétanisation exagérée de l'utérus, alors que la poche des eaux est rompue depuis fort longtemps, et que la rupture utérine est en quelque sorte imminente, d'autant plus que bien souvent en pareil cas il existe de grandes chances d'infection, raison majeure de recourir à la laparotomie, à l'opération de Porro.

Ici, comme pour le forceps, les cas où l'anneau rétracté retiendra au-dessus de lui le fœtus tout entier, ou alors même qu'il ne pendra dans le segment inférieur qu'une petite partie, un bras par exemple, on sera dans des conditions déplorables pour intervenir par l'embryotomie, on aura de graves difficultés pour atteindre le fœtus, gêné par le resserrement de l'anneau qu'on n'arrivera jamais à élargir d'une façon suffisante pour bien appliquer son instrument ou être assuré de ne pas blesser l'organe, gêné encore par la hauteur de la présentation qui rend tout mouvement difficile et dangereux.

La mobilité de la tête en pareil cas est aussi une source de grandes difficultés qu'il ne faut pas passer sous silence.

Il est vrai que dans ces cas, comme le fait remarquer le Dr Demelin, bien que l'embryotomie soit plus difficile, la femme sera moins exposée aux dangers de la rupture utérine parce que les douleurs seront insignifiantes et que le canal de Braune n'aura pas subi d'allongement.

Dans les cas de la deuxième catégorie où le corps fœtal est en plus ou moins grande partie situé au-dessous de l'anneau contractile, il est facile de comprendre que toute intervention sera infiniment plus aisée ; qu'on ait

recours à l'embryotomie rachidienne ou à la basiotripsie, la question de technique opératoire sera bien simplifiée. La partie fœtale est très engagée, souvent immobilisée et toutes les manœuvres n'auront lieu que dans l'excavation.

Le danger ici, les risques encourus par la femme sont constitués par l'amincissement du segment inférieur, amincissement souvent porté à un degré très voisin de la rupture, qu'un effort minime, une manœuvre intempestive peuvent déterminer brusquement. Ce sont, en effet, les cas où les douleurs sont le plus violentes, les contractions le plus énergiques.

Le symptôme qui a la plus grosse part dans l'obstacle apporté aux manœuvres mutilatrices est la rétraction: la paroi utérine et son contenu semblent soudés l'un et l'autre au point qu'il est parfois impossible de glisser un crochet pour pratiquer l'embryotomie, on a la sensation qu'en insistant on risquerait fort de perforer l'utérus.

En somme, au point de vue de l'embryotomie proprement dite, l'échec peut être absolu, et il est des cas où de toute nécessité on doit recourir à la laparotomie pour délivrer la femme.

Nous devons ajouter cependant qu'il est permis de faire, après l'insuccès de l'embryotomie, quelques tentatives de version qui pourront peut-être alors réussir. Il faut se rappeler le cas curieux de Chambrelent où la version réussit après l'échec du basiotribe.

La craniotomie ne présentera des difficultés que si la tête est mobile et difficile à fixer; toutefois dans certains cas on est réduit à faire avec le perforateur un véritable cathétérisme à travers le segment inférieur pour arriver sur le sommet retenu au-dessus de l'anneau; cette

manœuvre est évidemment délicate et demande de la prudence.

La craniotomie sur la tête dernière que retient l'anneau ne présente rien de spécial à signaler.

La basiotripsie peut présenter du fait de la rétraction de l'anneau certaines difficultés aux différents temps de l'opération ; de plus il existe deux cas dans lesquels le basiotribe une fois placé ne peut pas amener la tête à cause de la résistance considérable de l'anneau.

L'introduction du perforateur demandera certaines précautions pour éviter de perforer le segment inférieur, ou même le corps utérin dans les cas où la tête est difficile à fixer : dans certains cas la tête est immobilisée, mais elle présente à la pointe du perforateur une partie dure qui demanderait une trop grande force pour être entamée ; il faudra alors recourir à un perce-crâne plus aigu et n'introduire qu'ensuite la branche médiane du basiotribe. Le placement des branches du basiotribe ne rencontrera pas naturellement les mêmes difficultés que nous avons pu voir pour l'introduction de celles du forceps.

Le temps des tractions avec le basiotribe est particulièrement dangereux si l'on déploie une force aveugle : nous avons d'une part, dans les mains, un instrument puissant, et d'autre part une constriction d'une solidité inouïe ; une force un peu brusque ou un peu trop développée pourrait produire les désordres les plus grands : rupture utérine, arrachement du segment inférieur, etc. Il est curieux de voir dans les observations de Demelin et Landais, et de Chambrelent, le basiotribe rester impuissant et déraiper. Ce fait indique bien la résistance de

l'anneau. Aussi est-il inutile de penser que des tractions de plus en plus énergiques arriveront à vaincre l'obstacle, il faut se décider, après quelques tentatives prudentes, aux procédés dont le premier temps est la laparotomie.

OBSERVATION XVIII

Un cas de dystocie par rétraction de l'anneau de Bandl.
Bué, Nord médical 1897

La nommée B... Palmyre, trente-six ans, ménagère, est amenée à la clinique le 20 juin 1897, à midi.

Voici les renseignements qu'elle fournit : elle est mère de neuf enfants, tous nés à terme, mais assez petits.

Enceinte pour la dixième fois, ses dernières règles datent d'octobre 1896. Grossesse facile. Le 18 juin 1897, vers huit heures du matin, elle a commencé à éprouver quelques douleurs intermittentes de faible intensité. Le 19, à minuit, elle est réveillée brusquement et se sent mouillée ; la poche d'eau était rompue.

Une sage-femme appelée reconnaît une procidence du cordon ombilical, et rassure sa cliente en disant que quelques bonnes douleurs suffiront pour que tout se termine heureusement.

A 8 heures du matin, les choses restent en l'état, la sage-femme réclame l'aide d'un médecin qui fait conduire la malade à l'hôpital.

Malgré la longueur du travail, l'état général est assez satisfaisant. Entre les cuisses pend une anse du cordon, longue de trente centimètres, de couleur verdâtre, sans battements. L'utérus remonte à quatre doigts au-dessus de l'ombilic. Le col est long, mais perméable ; l'anneau de Bandl, au contraire, est dur, rigide, inextensible ; son ouverture n'est pas plus large qu'une pièce de cinq francs. L'enfant se présente par l'épaule

droite, en position céphalo-iliaque gauche. Les parois de l'utérus sont dures, ligneuses, tétanisées.

La malade est anesthésiée, et M. Gaulard, espérant faire la version, introduit la main droite dans les organes génitaux, parvient à dilater progressivement l'anneau de contraction et pénètre dans la cavité utérine, mais il lui est impossible de pratiquer la version. L'embryotomie rachidienne est alors faite avec les ciseaux de Dubois.

L'opération est laborieuse à cause de l'élévation de la partie fœtale et de la tétanisation de l'utérus.

Quand la section du cou est achevée, des tractions faites sur le bras droit de l'enfant ne servent qu'à l'arracher, il en est de même du bras gauche. Enfin le doigt de l'opérateur peut pénétrer dans la cage thoracique, y prendre point d'appui et extraire le tronc. Reste la tête. Un doigt est introduit dans la bouche et accroche le maxillaire inférieur, mais celui-ci cède. Impossible de prendre point d'appui sur les cavités orbitaires.

Une basiotripsie s'impose. Un aide est chargé de pousser la tête en bas, pendant que M. Gaulard essaiera de la perforer. Pendant ces tentatives une fausse manœuvre de l'aide repousse la tête en arrière et fait saillir la paroi utérine antérieure qui est perforée. Malgré cet accident, M. Gaulard poursuit l'opération et parvient à traverser la voûte palatine avec le perforateur et un peu de pulpe cérébrale s'écoule ; mais il lui est impossible de terminer la basiotripsie à cause de l'élévation de la partie fœtale au-dessus de l'anneau de Bandl rétracté et à cause de la mobilité de la partie supérieure de l'utérus.

M. Gaulard se décide à pratiquer l'opération de Porro : la paroi abdominale est incisée, l'utérus amené au dehors ; un aide jette sur la partie inférieure de l'utérus un lien constricteur, mais il le place au-dessus de la tête de l'enfant et celle-ci, obéissant alors à la poussée qu'elle subit de haut en bas, descend sur le détroit supérieur, de telle sorte que M. Gaulard peut l'extraire par le vagin et terminer ensuite par l'opération de Porro.

Guérison sans complications.

OBSERVATION XIX

Société obstétricale de Bordeaux, juillet 1893, Chambrelent.

Dystocie par rétraction de l'anneau de Bandl

Je fus appelé par un confrère auprès d'une primipare de trente-quatre ans, chez laquelle il avait fait sans résultat deux applications de forceps. Cette femme était bien constituée; le bassin n'était pas rétréci; le fœtus paraissait très gros; la tête était au détroit supérieur; la dilatation était complète. Je tentai à mon tour une application de forceps Tarnier; mais en introduisant la main, je constatai que si la tête n'était pas enclavée, on trouvait au-dessus d'elle un anneau musculaire qui paraissait enserrer le thorax du fœtus. Cette application fut sans succès malgré mes tractions vigoureuses. Comme la parturiente était très fatiguée et que rien dans son état général ou dans l'état de l'enfant ne prescrivait de se hâter, nous la laissâmes se reposer quelques heures. A 8 heures du matin la situation était à peu près la même, nouvelle application de forceps avec le même insuccès; je fis alors une basiotripsie qui s'opéra sans difficulté, mais n'amena aucune descente malgré mes tractions. Alors j'essayai de faire la version. Je parvins difficilement à passer la main entre la paroi interne et l'épaule. J'atteignis un pied, je l'abaissai dans le vagin, mais je ne pus faire aucune évolution. Très fatigué par mes efforts, j'appelai à mon aide le Dr Audebert et, à nous deux, nous tentâmes une application de céphalotribe qui glissa sans abaisser la tête. Alors M. Audebert introduisit la main dans l'utérus et suivit le pied qui était remonté et l'amena assez bas pour qu'on put y mettre un lacs, sur lequel une traction soutenue demeura sans résultat. Le second pied fut abaissé et muni d'un lacs. Une traction sur les deux pieds amena alors l'évolution. Le tronc du fœtus sortit, mais on eut les plus grandes difficultés pour défléchir les bras et extraire la tête malgré le broiement.

Pendant toutes ces manœuvres, la parturiente avait été tenue sous anesthésie chloroformique complète.

Il s'agissait évidemment d'une dystocie par contraction exagérée de l'anneau de Bandl.

DISCUSSION A LA SOCIÉTÉ

M. Moussous. — L'anneau de Bandl est dans toutes les présentations une cause de difficulté, surtout lorsqu'il s'agit de faire une version ou d'extraire un siège.

M. Oui. — L'état de la femme nécessitait-il une intervention aussi rapide sur un enfant vivant? On eût pu attendre d'abord puis recourir aux moyens habituels de vaincre les contractures tels que la chloroformisation.

M. Chambrelent. — Au moment où j'ai fait la basiotripsie, l'état de la femme sans être grave, était déjà moins bon; d'autre part, l'enfant avait subi trois applications de forceps; il perdait du méconium, et s'il n'était pas mort on pouvait le considérer comme perdu.

M. Oui. — Pour amener au dehors le thorax, on aurait pu après la basiotripsie abaisser les deux bras, y tirer dessus et en même temps faire la décollation en coin. Cela eût peut-être donné un résultat meilleur que de tenter la version dans un anneau rétracté.

M. Audebert. — Avant de recourir à la version, nous avions pensé à tenter la décollation, mais la tête était trop haute pour que cette intervention fût possible; quant à l'abaissement des bras, cette manœuvre essayée n'a pas donné de résultat.

OBSERVATION XX (th. Markowitch)

Présentation de l'épaule. — Fœtus mort. — Rétraction de l'anneau de Bandl nécessitant l'embryotomie et la délivrance artificielle (Revue générale de clinique et de thérapeutique, 1890, t. IV, p. 633 à 636; Dr Demelin, chef de clinique obstétricale à la Faculté de Paris).

M. Demelin fait précéder et suivre cette observation de certaines réflexions personnelles, que nous citerons en entier, sans rien y changer.

En mai dernier, je fus appelé auprès d'une multipare de trente-six ans, bien constituée qui était en travail depuis l'avant-veille. Une sage-femme appelée au moment des premières douleurs avait constaté que les battements du cœur fœtal ne pouvaient être entendus; elle fit le diagnostic de présentation de l'épaule et de mort du fœtus et envoya chercher un médecin. Celui-ci tenta prudemment de pratiquer la version podalique, « mais il ne put pénétrer dans l'utérus, bien que la dilatation complète du col eût été dûment constatée plusieurs heures auparavant ». Jugeant l'embryotomie inévitable, ce confrère me fit appeler.

Au moment de mon arrivée, l'état général de la femme était bon; l'utérus avait une forme régulière, sphérique, il était mobile avec son contenu dans le sens transversal; il ne se contractait que de loin en loin et sans violence; du reste, les douleurs n'avaient jamais été très énergiques. Le palper ne donnait que des renseignements très confus sur l'attitude du fœtus, à cause de la résistance de la paroi externe rétractée sur lui. Auscultation négative. La percussion révéla une certaine sonorité de la matrice.

Au toucher, je trouvai l'excavation absolument vide, la partie fœtale extrêmement élevée, nullement engagée, était le plan latéral droit. Une odeur de putréfaction très marquée se dégageait de la vulve. Le col était refermé, revenu sur lui-même;

il pendait dans le vagin comme un boyau de 5 à 7 centimètres de long; il était perméable dans toute son étendue, « sauf à son extrémité supérieure, où l'on trouvait un anneau dur, rigide, extensible et assez étroit pour n'admettre que trois doigts au plus ».

Il s'agissait là d'une présentation du tronc, avec mort du fœtus remontant sans doute à une époque antérieure à l'accouchement et putréfaction intra-utérine depuis la rupture de la poche des eaux. Mais pourquoi le col était-il si long et la partie fœtale était-elle si élevée?

Il est vraisemblable que les gaz putrides rapidement développés dans la cavité utérine avaient irrité les fibres musculaires de l'organe gestateur : « l'anneau de Bandl s'était rétracté, » empêchant le fœtus de descendre dans le segment inférieur et dans l'excavation. Le col long de 6 à 7 centimètres et pendant au milieu du vagin, était en réalité formé par tout « le canal de Braun, c'est-à-dire à la fois par le col et le segment inférieur vide ».

Quelle conduite tenir en pareilles circonstances? Faire la version podalique était impossible, puisque la main ne pouvait pas pénétrer dans l'utérus. Tenter la version de Braxton-Hicks, pour pouvoir atteindre un pied? C'est en vain, l'utérus rétracté sur le fœtus, l'empêchait d'évoluer, « il ne restait qu'à faire l'embryotomie rachidienne ».

J'introduisis un crochet à travers l'orifice interne et je cherchai à lui donner prise sur le fœtus; j'échouai complètement. La paroi utérine appliquée étroitement sur lui m'empêchait de passer. Faisant alors fixer l'utérus par un aide, je sectionnai la paroi thoracique avec les ciseaux de Dubois et, par la brèche ainsi faite, j'introduisis mon crochet dans l'intérieur de la poitrine et j'accrochai la saillie formée par la série des corps vertébraux; la section fut alors rapidement terminée et l'extraction du fœtus s'acheva.

L'orifice rétracté empêchait le placenta de descendre; il fut nécessaire d'aller le chercher.

La femme guérit sans incident.

OBSERVATION XXI.

Un accouchement extraordinairement laborieux suivi d'ictère avec coma, pendant les suites de couches. Guérison.
Par les D^{rs} DÉMELIN et LANDAIS. *Annales de la Société obstétricale de France*, 1898, page 69.

En janvier 1896, nous avons été appelés, le D^r C. Landais et moi, à donner des soins à M^{me} B., dans les conditions suivantes :

M^{me} B... était arrivée au terme de sa troisième grossesse. Agée de trente-neuf ans et bien constituée, elle avait eu deux premiers accouchements normaux ; les enfants, nés vivants, étaient morts plus tard, l'un à deux ans et demi, l'autre à cinq ans.

Cette troisième grossesse avait été bonne, sans incident digne d'être noté. Pas d'albuminurie.

Les premières douleurs du travail commencent le 17 janvier. L'accouchement marche lentement. Le 18, vers 40 heures du matin, un confrère tente une application de forceps qui échoue.

A 6 heures du soir, M^{lle} Landais est appelée. Elle constate une présentation du sommet, à la partie supérieure de l'excavation, un bassin normal, des membranes rompues, une dilatation de l'orifice utérin large comme une pièce de 5 francs. Les battements du cœur fœtal sont bons et la mère en parfait état. Aussi mon confrère conseille-t-il d'attendre.

La famille demande alors deux autres confrères qui confirment les déclarations du D^r Landais, et concluent dans le même sens.

Les bruits du cœur fœtal se maintiennent bons, la dilatation du col s'achève lentement.

Elle est complète le 19 janvier, à deux heures du matin environ.

A 3 heures, les choses n'avancent pas, on donne du chloroforme et l'un des confrères applique le forceps de Levret.

L'instrument dérape, et la tête fœtale paraît être remontée au-dessus du détroit supérieur ; plusieurs applications infructueuses suivent.

Le deuxième confrère essaie alors plusieurs applications de forceps, d'abord avec le Levret, ensuite avec le Tarnier, le tout sans résultat.

Le Dr Landais est à son tour invitée à intervenir. Elle offre de faire la version. Faute d'accord, elle fait une application de forceps sur une tête absolument mobile au-dessus du détroit supérieur. Cette opération reste, comme les précédentes, infructueuse. Le Dr Landais propose de nouveau la version.

Faute d'accord, on laisse reposer la malade. On suspend le chloroforme ; il est 6 heures du matin. La malade a été sous l'influence anesthésique pendant trois heures, et a subi une dizaine d'applications de forceps.

On me fait venir à mon tour.

Je trouve M^{me} B... réveillée, souffrant peu, en bon état, sans lésions génitales notables. L'enfant est certainement volumineux, mais les battements du cœur ne s'entendent plus. L'utérus est fortement rétracté, tendu sur le fœtus, sans sonorité à la percussion. Il n'y a d'ailleurs pas de fièvre, ni aucun signe de putréfaction intra-utérine. La tête fœtale est très élevée, en O. I. G. P. ; elle est mal ossifiée, avec des os qui chevauchent et qui donnent au doigt la sensation d'une tête de macéré. Il n'en est rien cependant, puisque les battements du cœur ont été perçus quelques heures auparavant.

Je n'ai aucune tendance à revenir au forceps ; l'enfant étant mort, je pense terminer facilement l'accouchement avec le basiotribe. Le bassin est normal, le col largement dilaté, et la seule difficulté paraît devoir venir de la mobilité de la tête. On donne de nouveau le chloroforme.

J'applique le basiotribe sans peine et suivant les règles habituelles ; je tire et constate avec étonnement que l'instrument dérape ; c'est la première fois que je voyais un pareil insuccès, soit entre mes mains, soit entre les mains des accoucheurs que j'avais vus opérer avec le basiotribe de Tarnier. Je recommence une seconde tentative, mais sans plus de succès.

Ni forceps, ni basotribé : que restait-il ? La version, mais dans un utérus vide de liquide amniotique et fortement rétracté sur un fœtus volumineux. J'introduis la main, je déplace aisément la tête, mais pour aller plus haut et trouver un pied, je suis obligé de faire des efforts prolongés, soutenus, modérés quand même, en raison de la rétraction utérine. J'arrive, avec bien de la peine, à saisir un pied, j'essaie prudemment de faire l'évolution, tout en prenant de grandes précautions pour éviter la rupture utérine ; je tire en vain, le fœtus est enserré comme dans un étai.

Des lames osseuses appartenant à la voûte du crâne broyé ont traversé le cuir chevelu : je les extrais. Elles sont minces, mal ossifiées, comme parcheminées. Pour diminuer le volume du tronc, j'abaisse, après beaucoup de fatigue et de temps, un bras dans le vagin, mais sans autre résultat.

J'étais dans un tel état de fatigue, malgré l'aide du D^r Landais qui, de temps en temps, me remplaçait dans les essais de version ou d'abaissement du bras, que les deux autres confrères me conseillaient de mettre simplement un tampon de gaze iodoformée dans le vagin et d'abandonner la partie.

Enfin, je me décidai à faire l'embryotomie, c'est-à-dire l'éviscération pour arriver ensuite à la version forcée.

Avec de nouvelles peines, j'introduisis les ciseaux de Dubois et fis une large brèche au thorax et à l'abdomen : puis je pratiquai l'éviscération. Le fœtus vidé, je retrouvai un pied et fis l'évolution. L'extraction du fœtus éviscéré et préalablement broyé fut une nouvelle phase de cette opération non moins fatigante que les précédentes.

En fin de compte, l'accouchement fut terminé.

Depuis la première basiotripsie jusqu'à la fin de l'accouchement, il s'était écoulé plus de deux heures, pendant lesquelles la malade avait été soumise aux inhalations de chloroforme.

En extrayant le placenta, volumineux lui aussi, je reconnus que les voies génitales n'étaient pas rompues. Pas de déchirures de l'utérus, ni du vagin ; quelques lésions vulvaires seulement, et sans importance.

Le soir de l'accouchement, l'état de M^{me} B... était aussi satisfaisant que possible. Pas de fièvre, 37°8, pas de douleur abdominale, réveil complet. En somme, nous espérons que les suites seront peu accidentées.

Le lendemain 20 janvier, la température est à 36°5; même état le 21 dans la journée; pourtant, le soir, il y a de l'agitation. Elle persiste le mercredi 28, et, ce jour-là, on note de l'albuminurie, de l'ictère et de la fétidité des lochies. Le ventre est indolent et l'intelligence intacte. Injection utérine, température normale.

Le jeudi 23, la température est encore à 36°2 et 36°3, l'intelligence est obtuse; la malade reconnaît les gens qui l'approchent mais ne parle plus. Le foie déborde les fausses côtes, il est douloureux au toucher, l'ictère continue. Il y a très peu d'albumine, mais encore des pigments biliaires dans l'urine; souffle cardiaque au foyer de la tricuspide.

Le 24, la fièvre monte et atteint 39°, les lochies sont très fétides, le ventre un peu douloureux au palper, malgré le coma où est plongée la malade; l'ictère continue. Les urines sont abondantes (3 litres), elles contiennent de la bile, sans albumine; tous les éléments normaux sont augmentés, sauf les chlorures qui sont diminués (analyse de M. Winter), injections utérines à l'iode et permanganate, lotions froides, piquûres de sérum artificiel, etc.

La malade ouvre les yeux quand on l'appelle, mais ne parle pas.

Le 25, le coma continue ainsi que l'ictère, mais la température est normale.

Le 26, amélioration légère.

Le 27, la malade parle, mais la langue est un peu embarrasée.

Le 28, il y a encore un peu d'ictère; l'urine est toujours bilieuse, urobilinurie notable; mais l'état général est bon.

Le 4 février, M^{me} B... est en pleine convalescence. Elle s'est rétablie complètement.

Il s'agit, dans cette observation, d'un cas de dystocie complète.

Le bassin n'entre évidemment pas en ligne de compte ; mais l'utérus et le fœtus sont en cause chacun pour sa part. Le fœtus était gros, plus de 4.000 grammes, et, en même temps, il avait une tête mal ossifiée, ce qui dut favoriser les dérapements du forceps, mais la source principale des difficultés a été certainement l'utérus.

Peut-être a-t-il été irrité par une application de forceps faite avant la dilatation complète. En tout cas, la lenteur du travail, la rupture prématurée des membranes ont favorisé la rétraction de l'organe sur le fœtus, rétraction qui devint telle à un moment donné, que ni le forceps, ni même le basiotribe ne purent délivrer le corps fœtal de l'étreinte utérine. La version ne fut possible qu'après éviscération.

La rétraction ne portait pas sur le segment inférieur puisque la tête était immobile au-dessus du détroit supérieur; nouvelle cause de dérapement. Tandis qu'au-dessus de ce segment inférieur, depuis l'anneau de Bandl jusqu'au fond de l'organe, la paroi musculaire ne faisait pour ainsi dire plus qu'un avec le fœtus. La constriction était telle que le basiotribe lui-même ne put donner une prise solide.

Les suites de couches ont été traversées par des accidents singuliers; il y a bien eu un peu d'infection caractérisée par une fièvre éphémère le cinquième jour, et de la fétidité des lochies. Mais, dès le troisième jour, avait paru l'ictère biliaire bientôt suivi d'agitation puis de coma.

Ces accidents ne sont-ils pas imputables à la dose considérable de chloroforme absorbée, l'anesthésie ayant en tout duré plus de cinq heures ?

OBSERVATION XXII (th. Markowitch)

Présentation de l'épaule droite en A. I. G. — Tentatives infructueuses de version faites en ville. — Tétanisation de l'utérus et rétraction du cercle utérin. — Embryotomie pratiquée par M. Maygrier.

Femme B.... âgée de quarante-deux ans, journalière. Entre dans le service de M. le Dr Maygrier, à la Pitié, le 7 décembre 1888.

Antécédents personnels. — Santé florissante ; a commencé à marcher vers deux ans. Premières règles à quinze ans, revenues régulièrement depuis, assez abondantes et durant quatre jours. Il y a douze ans, rhumatisme articulaire aigu généralisé ; les genoux furent particulièrement atteints, cette attaque de rhumatisme se déclara un mois après un accouchement et dura trois mois, convalescence comprise.

Grossesses antérieures. — Dix enfants nés à terme, en présentation du sommet, tous vivants à l'exception d'un seul, mort pendant l'accouchement. Ils ont tous été nourris au sein maternel, cinq sont actuellement vivants.

Grossesse actuelle. — Onzième. Règles vues pour la dernière fois le 12 décembre 1887, alors qu'elle nourrissait le dernier enfant. Pas d'accidents à signaler pendant la grossesse actuelle non plus que pendant les grossesses antérieures.

Les premières douleurs furent ressenties le jeudi 6 décembre, à 2 heures du matin. Une sage-femme, appelée à midi, dit ne pas sentir la tête et avertit qu'on ne s'étonne pas si la poche des eaux se rompt.

Rupture des membranes le même jour, à 2 h. 1/2 du soir. Liquide amniotique limpide et abondant. Dès ce

moment, les douleurs cessent complètement et les mouvements de l'enfant s'arrêtent; or, jusque-là, ils avaient été perçus nettement par la mère.

La sage-femme est de nouveau mandée, mais elle se retire disant que les douleurs de l'accouchement peuvent se faire attendre encore plusieurs heures.

Du jeudi au samedi soir, la malade se lève, mais ne travaille pas; il s'écoule du méconium par la vulve, cela dure sans interruption jusqu'à samedi soir. Cependant les douleurs reprennent samedi, vers 3 heures de l'après-midi. On prévient la sage-femme; elle déclare ne sentir ni tête ni siège, mais un bras non engagé. Elle commence par administrer deux paquets d'ergot de seigle, puis s'efforce de pratiquer la version. Après huit à dix tentatives infructueuses, dans l'espace de trois heures, les douleurs augmentent de plus en plus. Elle se décide à envoyer la patiente à l'hôpital.

Entrée à la Pitié, à 11 heures 20. On trouve la moitié de l'avant-bras hors la vulve; la paume de la main est tournée à droite et le pouce vers la fourchette. Ce bras a subi un commencement de macération; l'épiderme est enlevé par places. Une odeur fétide émane de la vulve. Le ventre forme une saillie irrégulière, beaucoup plus accentuée dans toute la hauteur du côté droit. A gauche et en bas, la palpation révèle, mais vaguement à cause de la contracture de l'utérus, une masse ovôïde qui paraît être la tête. On présume une position de l'épaule droite en A. I. G.

On fait avertir M. Maygrier, et on fait respirer à la patiente de légères doses de chloroforme.

M. Maygrier arrive à 1 h. 5; il se rend compte par lui-même de la situation: engagement très avancé de l'épaule droite avec procidence du bras droit, membranes rompues depuis plusieurs jours, fœtus mort et volumineux, tétanisation extrême d'un utérus dix fois multipare, naturellement énergique et stimulé par l'ergot de seigle. « L'indication d'embryotomie est formelle. »

Anesthésie complétée, la patiente est posée dans la position

obstétricale; la vessie vidée, un lacs est fixé à l'avant-bras droit.

M. Maygrier, explorant les parties engagées, constate un commencement d'évolution spontanée; en même temps que l'épaule droite, se présente la partie postéro-supérieure droite du tronc; le cou et la tête, remontés dans l'utérus, sont inaccessibles; l'avant-bras gauche paraît relevé le long du cou; le fœtus, en totalité, est reporté en avant, vers le pubis. Les parties engagées sont enserrées « par le cercle utérin comme dans un anneau de fer ». On peut prévoir quelles difficultés va présenter l'opération.

Opération. — M. Maygrier essaie d'appliquer sur le tronc le crochet de l'embryotome de M. Tarnier; mais ces manœuvres donnant des résultats insuffisants, vu l'obstacle apporté par le bras droit de l'enfant aux libres mouvements de l'opérateur et la nécessité de sectionner obliquement le tronc dont la grande épaisseur ne permet pas une prise efficace au crochet du céphalotome.

Le bras droit, gênant, est alors désarticulé; puis M. Maygrier, à l'aide des ciseaux de Dubois, des doigts et du crochet de Braun, combinant la section à l'éviscération, divise obliquement la partie supérieure du thorax. Disons tout de suite que la section, commencée sur le côté droit de la base du cou aboutit au-dessous de l'aisselle gauche. Enfin, les deux tronçons, reliés il n'y a encore qu'un instant par un large lambeau de peau, sont complètement séparés.

M. Valat, interne du service, profitant d'un repos de M. Maygrier, parvient à saisir le thorax et à extraire le tronçon inférieur du fœtus divisé. On sectionne le cordon.

Cependant, la tête reste dans la matrice. Elle s'est logée derrière le pubis, face en avant. M. Maygrier essaie de la faire descendre en tirant sur le bras gauche; mais les tissus intermédiaires cèdent plutôt; introduisant alors profondément la main, il trouve la bouche, y introduit le doigt et accomplit, en un clin d'œil, la rotation et l'extraction de la tête qui entraîne

derrière elle le membre supérieur gauche. On cesse immédiatement la chloroformisation et l'on fait une injection intra-utérine.

M^{lle} Lemercy, sage-femme de garde, effectue à 2 h. 40 la délivrance artificielle; le placenta était inséré sur le fond et la face antérieure de la matrice.

Pendant toute la durée de l'opération, des gaz n'avaient cessé de se dégager par le vagin. Aussi pratique-t-on, de suite, le lavage de l'utérus avec une solution chaude de sublimé à 4 pour 4.000.

M. Maygrier, en se retirant, ordonne l'isolement de la malade, de fréquents lavages intra-utérins, glace à l'intérieur, lait, potion de Todd avec extrait de quinquina.

Fœtus. — L'enfant est une fille, paraissant à terme, bien constituée; elle pèse 3.400 grammes; sur l'épaule droite et la région postéro-latérale du tronc adjacente, on remarque une large bosse séro-sanguine, témoignant le commencement d'une évolution spontanée.

Le 6 décembre, au matin, on s'aperçoit que la malade n'a pas envie d'uriner et mouille son lit sous le siège. Le ventre est peu douloureux.

Température : 37°6 le matin et 38°2 le soir.

Le 10 décembre, matin, les urines continuent à suinter par le vagin. Douleur surtout à la pression, au-dessus de la symphyse pubienne; cette douleur s'étend à droite, suivant 15 centimètres. Dix sangsues sur les points douloureux, champagne. Température : 39°6 matin et 39°2 au soir.

Le 11 décembre, bonne nuit; le ventre est moins douloureux que la veille : rien de particulier. Température : 39° matin et soir.

Le 12 décembre, le ventre est encore un peu douloureux. Défervescence, le matin 37° mais 39°2 le soir.

Le 13 décembre, douleur continue aux reins. On place sous le siège un rond de caoutchouc. Température : 38° matin et 40°2 le soir. Une forte odeur de sphacèle se dégage des parties

génitales. Injections prolongées, toutes les deux heures, au sublimé à 1 pour 3.000. Insufflation d'iodoforme dans le vagin.

Le 14 décembre, les irrigations entraînent de minces eschares détachées de l'utérus ou du vagin. Température : 39°.

Après cet accident, la malade sort du service, guérie et en bon état.

OBSERVATION XXIII (th. Chéron)

Présentation de l'épaule. — Version par manœuvres externes. — Tentatives de version par manœuvres internes. — Basiotripsie. — Opération faite par M. BONNAIRE.

Le mardi 20 août 1897, à dix heures du matin, arrive dans le service du Dr Boissard, à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, une femme envoyée de la Maternité avec le diagnostic de présentation de l'épaule.

La malade est âgée de vingt-deux ans, et exerce le métier de couturière. Rien de bien spécial dans ses antécédents au point de vue pathologique. Elle a eu une seule grossesse à terme en septembre 1896.

La durée du travail fut fort longue, près de quarante-trois heures, l'accouchement fut terminé par une application de forceps.

A l'examen, on trouve l'abdomen proéminent à droite et en haut, avec un aplatissement presque complet du côté iliaque gauche.

Au palper, excavation vide ; tête dans la fosse iliaque gauche un peu au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure. Dos en avant, siège à droite et en haut ; en haut et un peu à gauche les petits membres.

En somme, présentation de l'épaule droite en position gauche.

Enfin, par le palper, on trouve les parties fœtales mobiles.

A l'auscultation, foyer maximum à gauche et un peu au-dessous de l'ombilic, bruits du cœur réguliers.

Au toucher, on trouve l'excavation vide ; la poche des eaux intacte ; dilatation d'environ cinq francs à l'entrée dans le service. Elle se continue d'ailleurs graduellement, elle est d'une paume de main vers onze heures.

La mobilité du fœtus, l'intégrité des membranes font essayer la version par manœuvres externes. La saisie des pôles fœtaux et l'évolution du fœtus sont faciles ; la tête est ramenée au détroit supérieur. Quelques instants après, on rompt artificiellement la poche des eaux ; grâce à la sortie lente du liquide la tête est amorcée dans l'excavation et se trouve immobilisée.

A ce moment le toucher nous donne d'intéressants renseignements sur la position de la tête. On trouve en effet, en arrière de la symphyse pubienne, le front, les arcades sourcilières, le bregma, permettant de porter le diagnostic de présentation du front. La déflexion incomplète explique la position élevée de la tête au-dessus de la symphyse.

La persistance de cette position du pôle céphalique, les contractions utérines multipliées sans résultats, enfin et surtout la température axillaire rendent urgente une intervention. La température prise à midi, après une injection vaginale, s'élevait à 38° et se maintient avec oscillations peu sensibles pendant l'après-midi.

La mensuration du bassin permet de se rendre compte que l'obstacle à la déflexion de la tête et à sa descente dans l'excavation ne vient pas du bassin ; le diamètre promonto-sous-pubien est en effet de 11 centimètres sans déduction.

La position élevée de la tête à peine défléchie ne permet pas une application de forceps. On prie M. Bonnaire de vouloir bien intervenir en l'absence de M. Boissard.

A 5 h. 20, c'est-à-dire cinq heures après la rupture artificielle des membranes, M. Bonnaire tente la version par manœuvres internes. Chloroforme à haute dose. M. Bonnaire, introduisant la main gauche dans l'utérus en repoussant la tête à gauche dans le segment inférieur, parvient à ramener les deux pieds dans le vagin, en même temps que la tête, se défléchissant en partie encore, se trouve en présentation de la face. En résumé,

à ce moment, on a une présentation de la face avec procidence des deux pieds.

Nous aidons M. Bonnaire en essayant de ramener la tête vers le fond de l'utérus par une série de pressions abdominales. Mais malgré tout, malgré quatre tentatives de version, malgré les tractions continues sur les deux pieds dans le vagin, l'évolution du fœtus reste impossible.

La crainte d'une rupture utérine fait abandonner ces essais de version. D'ailleurs la main introduite dans l'utérus permet de se rendre compte que le seul obstacle à l'évolution du fœtus est constitué par l'anneau de contraction, formant bourrelet dans l'utérus et séparant ainsi la tête du reste du corps du fœtus. Cet anneau bride la tête en l'empêchant de remonter vers le fond de l'utérus et de suivre ainsi le mouvement imprimé aux pieds dans le vagin.

En résumé, la version doit être arrêtée au milieu de son second temps. En effet, la tête bute de bas en haut sur le relief de l'anneau de Bandl et celui-ci est tellement serré que le globe céphalique ne réussit pas à le faire céder; c'est en vain que des pressions méthodiquement appliquées en divers points de la circonférence de cet anneau sont dirigées de bas en haut, à travers les parois abdominales, par les mains d'un aide; c'est en vain que l'opérateur, saisissant la tête à pleine main, tête mobilisable, présente cette dernière en différents points de l'anneau de Bandl, en exerçant un véritable cathétérisme appuyé. Le muscle utérin tient bon dans son tétanisme.

C'est alors que, reconnaissant l'inutilité et le danger de nouvelles tractions sur le pied, M. Bonnaire a recours au dernier moyen qui reste pour compléter l'évolution du fœtus; celui-ci consiste à diminuer le volume de la tête fœtale pour lui permettre de franchir le rétrécissement spasmodique du détroit inférieur du muscle utérin.

L'introduction du perforateur du basiotribe Tarnier est d'abord tentée inutilement. Il porte, en effet, sur la partie la moins pénétrable de la face, comme on le constatera après la sortie du fœtus.

Ce n'est que grâce à un orifice effectué par le perce-crâne de Blot qu'on peut introduire le perforateur du basiotribe. La perforation a lieu dans l'espace inter-sourcilier, à gauche de la ligne médiane et intéressant l'orifice gauche. Le reste de l'opération se fait normalement. On doit cependant diriger le basiotribe très obliquement à gauche et en arrière, en repoussant fortement la tête en bas vers la ligne médiane.

Cette basiotripsie se présentait dans les conditions les plus défavorables pour le manuel opératoire. En effet, la tête est située au-dessus du siège, et elle ne peut qu'affleurer le détroit supérieur, étant refoulée sur les côtés par la pression des membres pelviens abaissés dans le vagin. Après avoir fixé la tête sur la berge du bassin, on effectue la perforation sans autre soutien du globe céphalique fœtal que les deux mains de l'aide, aussi la pénétration d'emblée du perforateur Tarnier offre-t-elle des difficultés très grandes, et l'on doit se servir préalablement du perforateur de Blot. L'extraction se fait rapidement et l'opération est terminée à 6 h. 1/2.

L'enfant, bien constitué, pèse 3.420 grammes, malgré la perte sensible de substance cérébrale. L'état de la femme reste satisfaisant avec une température oscillant autour de 38°, après une injection intra-utérine de permanganate de chaux.

OBSERVATION XXIV

Professeur BUDIN (Maternité). — *Présentation de l'épaule dans un bassin généralement rétréci. — Dilatation de l'orifice utérin mesurant six centimètres. — Dilatation manuelle du col. — Version par manœuvres internes rendue très difficile par la rétraction de l'anneau de Bandl. — Perforation de la base du crâne pratiquée sur la tête dernière. — Hémorragie post-partum. — Tamponnement intra-utérin.*

Primipare âgée de vingt-quatre ans, exerçant la profession de blanchisseuse.

La parturiente a encore ses parents qui sont bien portants ; elle a marché à l'âge de dix-huit à vingt mois ; ses premières règles eurent lieu à quatorze ans, elles ont toujours été régulières dans leurs dates d'apparition, durant quatre à cinq jours en moyenne.

Sa grossesse remonte au commencement de juin, ses dernières règles ayant eu lieu du 2 au 3 juin 1895. Elle serait donc à terme d'après l'examen de sa menstruation. Voulant cacher sa grossesse, elle porta, pendant les derniers mois, un corset très serré qui recouvrait tout l'abdomen et qui dissimulait toutes les apparences de grossesse. Pensant qu'elle était arrivée à l'époque où son accouchement devait avoir lieu, elle se présenta à la Maternité le 18 mars 1896.

A l'examen local, on constate que le ventre est très peu développé, comme une grossesse de huit mois à peine ; en outre, à la partie inférieure de l'abdomen, se trouvent les cicatrices d'eschares provoquées par le frottement du bandage.

Au palper, la paroi est d'une dureté extrême, nullement dépressible, empêchant de formuler un diagnostic précis par ce mode d'exploration. Il semble toutefois qu'on perçoive, dans la région de l'hypocondre droit, sous le foie, une tête fœtale que l'on fait balloter.

A l'auscultation, les bruits du cœur sont entendus au-dessus de la symphyse pubienne.

Le toucher fait sentir un col long et l'excavation vide ; mais le doigt poussé très profondément ne peut sentir aucune partie fœtale. Le bassin est rétréci dans tous ses diamètres. La distance qui sépare le promontoire du bord inférieur de la symphyse pubienne mesure huit centimètres. La ligne innominée est accessible dans toute son étendue. Il y a donc dissociation entre les symptômes observés : d'une part, la situation très inférieure du foyer d'auscultation ; d'autre part, la situation élevée de la tête et l'absence d'engagement d'aucune partie fœtale.

En présence de ces difficultés, on décide que la malade serait mise sous le chloroforme pour faire un diagnostic précis relatif

à la présentation ainsi qu'au rétrécissement du bassin, pour qu'il soit possible de discuter la conduite à tenir. Mais la malade entre en travail le lendemain matin à 4 heures, avant que cet examen ait été pratiqué.

Par le toucher vaginal, pratiqué à 10 heures 1/2, on constate que le col est très élevé et complètement effacé, présentant une dilatation de 4 centimètres et laissant passer l'avant-bras du côté droit.

La poche des eaux est ouverte, bien que la malade n'ait constaté à aucun moment d'écoulement de liquide. La partie fœtale qui se présente est tellement élevée, qu'il est impossible de savoir s'il s'agit d'une procidence d'un bras avec présentation de la tête, ou d'une présentation de l'épaule; sous l'influence des contractions utérines, à 11 heures 1/2, la dilatation a augmenté, elle mesure 6 centimètres; en outre, en suivant le membre supérieur comme conducteur, on arrive sur un anneau serré au niveau de la racine de ce membre et divisant ainsi la cavité utérine en deux parties, une inférieure représentée par le segment inférieur contenant le petit membre supérieur droit, une seconde partie située au-dessus de l'étranglement contenant presque tout le fœtus.

L'anneau est très contracté mais laisse passer deux doigts qui sont introduits dans la cavité du corps utérin.

Le fœtus est situé transversalement, le doigt arrivant sur le gril costal, et l'aisselle droite, c'est-à-dire répondant au bras procident, se trouve directement à droite. Il s'agit donc d'une présentation de l'épaule droite en A.I.D. dans un bassin rétréci avec un utérus en partie rétracté par suite de l'écoulement du liquide amniotique, avec un col incomplètement dilaté et un anneau de Bandl extrêmement serré.

Faut-il attendre que la dilatation soit plus complète et que la rétraction de l'anneau de Bandl ait disparu pour tenter l'extraction? Mais il semble que, en attendant plus longtemps, on se mettra dans des conditions plus défavorables encore en permettant à la rétraction utérine de s'exagérer et qu'on rendra ainsi nécessaire plus tard une embryotomie. On se propose

donc d'intervenir aussitôt par une version podalique. La main est de nouveau introduite dans le segment inférieur, puis, après quelques instants de dilatation de l'anneau de Bandl, on va à la recherche d'un pied qui est abaissé jusque dans le vagin et enfin, avec de grandes difficultés, entraîné hors de la vulve, où il est fixé par un lacs. Ce membre est violacé et, pendant les tractions qui sont faites sur lui pour permettre au siège de traverser l'anneau de Bandl rétracté, le fœtus fait des mouvements d'aspiration.

Après le dégagement du tronc on abaisse les bras qui sont relevés. Mais d'autres difficultés se présentent avec l'extraction de la tête. Celle-ci est retenue au détroit supérieur et placée transversalement, l'occiput situé à droite. Avec l'index de la main droite, placé dans la bouche du fœtus, l'opérateur abaisse le maxillaire inférieur pour fléchir la tête en même temps qu'il appuie la nuque sur la ligne innominée du côté droit. L'index et le médus de la main gauche sont placés à plat sur chaque clavicule. Par une pression exercée sur ces dernières, par des tractions sur le maxillaire inférieur, et avec l'aide de l'expression abdominale, on essaie, mais en vain, de faire franchir à la tête le détroit supérieur rétréci.

L'auscultation pratiquée à nouveau montre que le fœtus a succombé.

Du reste, le corps est absolument blanc et il n'y a plus de mouvement d'inspiration ni de battement cardiaque perçu par la main.

Dans ces conditions, M. Budin décide de pratiquer la perforation du crâne avec le perforateur de Blot, pour réduire les diamètres de la tête. Le perforateur tenu de la main droite est introduit dans le vagin sur la main comme guide ; il est amené en arrière du maxillaire inférieur, à 3 ou 4 centimètres de l'apophyse mastoïde. On pratique la perforation à ce niveau ; la substance cérébrale s'écoule en petite quantité ; on fait un lavage avec une sonde intra-utérine dans la perforation pour entraîner la substance cérébrale ; puis on exerce de nouvelles tractions sur le fœtus. Mais l'orifice de la perforation se met en

rapport avec la symphyse pubienne et est comprimé à ce niveau ; il s'en suit que l'écoulement de matière cérébrale ne se fait plus.

On pratique alors une nouvelle perforation à travers la voûte palatine. La substance cérébrale s'écoule en quantité suffisante pour permettre l'extraction de la tête, l'orifice de la perforation ne pouvant s'oblitérer comme avant.

La délivrance se fait normalement ; l'utérus bien contracté chassant le délivre qui est expulsé en entier.

Mais deux heures après, la malade devient fort pâle et se plaint de défaillance, de vertiges et on constate une hémorragie externe abondante. L'utérus est débarrassé des caillots qu'il contient et comme, sous l'influence d'injections très chaudes, il reste toujours mou et l'hémorragie externe ne paraît point cesser, on recourt à un tamponnement intra-utérin très serré qui met fin définitivement à toute hémorragie.

Des injections de caféine et de sérum sont pratiquées dans le but de relever la tension artérielle fortement abaissée. Rien à signaler dans les suites de couches qui furent normales.

OBSERVATION XXV (th. Chéron)

Professeur BUDIN. — *Présentation de l'épaule. — Version. — Grandes difficultés dues à l'anneau de Bandl. — Mort de l'enfant. — Basiotripsie avec tête dernière.*

Multipare, trente-cinq ans ; cinq grossesses antérieures terminées spontanément avec enfants vivants.

Grossesse actuelle. Les dernières règles eurent lieu vers la fin d'avril.

Elle entre à la Maternité le 20 janvier 1897.

Par l'examen on constate que l'abdomen est régulièrement développé comme une grossesse à terme, on ne remarque aucune bosselure à ce niveau.

Le palper permet d'arriver sur un fœtus dont la tête occupe

la fosse iliaque droite, tandis que le siège occupe la fosse iliaque du côté opposé. Il s'agit d'une présentation de l'épaule droite en position droite. En outre, on sent au-dessus de l'arcade de Fallope du côté droit une tumeur dure très résistante semblant se continuer dans le petit bassin.

Par le toucher on arrive sur le col de l'utérus qui est long et perméable, refoulé dans la partie gauche de l'excavation. Toute la partie droite de cette dernière est occupée par une tumeur présentant les mêmes caractères que la tumeur abdominale avec laquelle elle se continue, comme le fait constater le toucher bi-manuel. Cette tumeur dont les dimensions rappellent celle d'une tête fœtale à terme, est développée dans toute la partie droite du segment inférieur et dans la partie correspondante du col dans ses deux tiers supérieurs seulement.

En dehors de cette tumeur fibreuse, la malade présente un adénophlegmon de l'aisselle droite qui s'accompagne de douleurs locales vives et de fièvre, obligeant la malade à venir consulter à la Maternité avant l'apparition de ses premières douleurs. Cet adénophlegmon est incisé, puis drainé. Quelques jours après, il se forme un autre phlegmon dans l'aisselle du côté opposé. Le même traitement est institué.

Le 29 janvier, vers 1 heure du matin, avant la guérison de ses deux abcès, la malade, avant d'avoir ressenti aucune douleur, perd une grande quantité de liquide amniotique; le toucher pratiqué à ce moment fait sentir dans le vagin une anse énorme du cordon ombilical.

A ce moment, le col est effacé mais ne présente qu'une dilatation de 2 centimètres à peine par laquelle s'échappe le cordon; ce dernier présente des battements normaux.

Les tentatives pour réduire le cordon ayant échoué, et la dilatation étant absolument insuffisante pour intervenir, on laisse le travail se continuer. A 8 heures du soir, la dilatation est de 7 centimètres environ, mais tout battement a disparu dans le cordon. Bien que la dilatation soit presque suffisante pour intervenir, on préfère attendre encore, la mort de l'enfant permettant d'attendre.

Le 30 janvier, à 10 h. 30 du matin, la malade est préparée pour l'intervention.

Examinée sous le chloroforme, le palper est difficile, l'utérus étant absolument contracté sur le fœtus. À droite, on perçoit à la vue la tumeur volumineuse, immobile, dure, qui fait corps avec l'utérus.

Le fœtus présente toujours la même position, présentation de l'épaule droite en position droite. Par le toucher on arrive sur une longue anse du cordon faisant procidence jusqu'à l'orifice vulvaire. Le bras droit tout entier est dans le vagin et l'épaule reste toujours très élevée au-dessus du fibrome. Le doigt, poussé au-dessus de la tumeur, sent l'anneau de Bandl faisant une forte saillie et enserrant l'épaule dans un cercle musculaire très rigide.

Étant données toutes ces difficultés, la rétraction de l'anneau de Bandl, la gêne qu'apporte la tumeur qui occupe la moitié de l'excavation, enfin la hauteur de la partie fœtale, on préfère tenter la version par manœuvres internes, plutôt que de recourir à une embryotomie qui semble devoir être trop laborieuse dans ces conditions.

L'opérateur pénètre, avec la main gauche, à travers l'orifice utérin qui présente, à ce moment, une dilatation de 7 centimètres environ et rencontre au niveau de l'anneau de Bandl de grandes difficultés, ce cercle musculaire opposant une grande résistance à sa pénétration. La main, parvenue dans la cavité utérine, constate que cette dernière est étroitement appliquée contre le fœtus; c'est avec grande peine qu'on peut saisir un pied, c'est le pied droit; des tractions en bas et en arrière sont exercées sur lui par la main qui l'a saisi; le pied descend progressivement dans le vagin, tandis que de la main opposée on exerce à travers l'abdomen des pressions de bas en haut sur la tête, qu'on parvient à refouler vers le fond de l'utérus. Le pied saisi étant le mauvais pied, on le transforme en antérieur, puis des tractions sont exercées sur le fœtus pour pratiquer le dégagement.

La main droite est introduite dans les parties maternelles, à

la recherche de la bouche qu'on pense trouver en arrière et à gauche; mais dans le mouvement de transformation du pied postérieur en antérieur, le tronc seul du fœtus a obéi à ce mouvement sans entraîner la tête qui, maintenue vraisemblablement par la rétraction utérine, est restée dans la situation qu'elle occupait primitivement, c'est-à-dire en avant et à gauche, le menton accroché au-dessus de la symphyse pubienne.

Par des pressions exercées à travers la paroi abdominale, on parvient à faire tourner le menton directement à gauche. Le dégagement de la tête est alors tenté, mais en vain; la tête reste fixée au-dessus du fibrome et de l'anneau de Bandl et l'on est obligé de recourir à la basiotripsie.

M. Budin introduit le perforateur de Blot dans la bouche, dans la direction de la voûte crânienne, tandis qu'un aide relève le corps de l'enfant.

Le perforateur de Blot est remplacé par le perforateur du basiotribe; ce n'est qu'après de nombreuses tentatives que la branche gauche peut être placée. Le petit broiement est opéré et l'on peut ensuite introduire, non sans grande difficulté, la branche droite et pratiquer le grand broiement. Quelques tractions suffisent alors pour extraire la tête.

Pendant la délivrance artificielle, qui est faite immédiatement après l'extraction du fœtus, on sent que l'anneau de Bandl est contracté, et ce dernier oppose une résistance relativement peu grande au passage de la main. Le périnée est légèrement déchiré et réparé par une périnéorrhaphie. Un toucher vaginal, préalablement fait, avait permis de s'assurer de l'intégrité absolue de l'utérus et du vagin. La prise du basiotribe a été faite de la face à l'occiput.

Le fœtus pèse 2.900 grammes.

Suites de couches. — Pendant les suites de couches, les adénophlegmons axillaires sont toujours en pleine suppuration; des pansements humides et des lavages sont renouvelés chaque jour.

Dès le second jour, apparaissent des phénomènes d'infection utérine, caractérisés par la fétidité des lochies, par la fièvre; bientôt surviennent des signes de péritonite et la malade meurt le dixième jour.

CHAPITRE VII

OPÉRATION CÉSARIENNE

A propos de l'opération césarienne envisagée relativement à la rétraction de l'anneau de Bandl on pourrait en quelque sorte distinguer deux catégories de faits : 1° les cas où la rétraction de l'anneau est une trouvaille au cours de l'opération qu'a commandée une dystocie osseuse par exemple ; 2° les cas où la dystocie particulière due à la rétraction de l'anneau, après l'insuccès de plusieurs autres méthodes, oblige à recourir à cette grave intervention.

C'est un fait de la première catégorie qui nous a permis de nous rendre compte parfaitement de la réalité de la rétraction de l'anneau de Bandl : nous joignons d'ailleurs plus loin l'observation (XXVII) de ce cas qui a été la raison de ce travail.

Nous rapportons également une observation de Saenger, qui trouva l'utérus en calebasse au cours d'une opération césarienne : mais ici la présence de l'anneau de Bandl fut un obstacle qu'on ne put faire disparaître qu'en

incisant l'anneau et en entamant par conséquent le segment inférieur. Nous trouvons dans la thèse du docteur Chéron que, dans un fait rapporté par Treub, l'opérateur (Van der Meit) eut à lutter contre la résistance de l'anneau qui maintenait le fœtus enserré au niveau des épaules.

Notre cas personnel nous a donné une idée nette de la résistance de cet anneau que des efforts énergiques ne peuvent vaincre et nous a fait comprendre toute l'importance, tout le danger de cet obstacle.

Dans les deux cas de Duchamp et de Nourry il a fallu recourir aux ciseaux pour arriver à dégager l'enfant : l'analogie de ces deux observations est frappante.

Le gros inconvénient en pareil cas réside dans ce fait que la ligne d'incision se trouve ainsi empiéter plus ou moins sur le segment inférieur, zone amincie sur laquelle les sutures se feront difficilement et tiendront mal ; c'est la raison pour laquelle on a repoussé le procédé de Kehrer qui consistait en une incision transversale sur la face antérieure de l'utérus et le plus bas possible, de façon que l'utérus, qui présente après la délivrance une tendance à se mettre en antéversion, se trouve dans de meilleures conditions pour l'occlusion de la plaie utérine.

Aussi voyons-nous là une raison à ajouter à tant d'autres, dans les cas de rétraction utérine, de renoncer à la césarienne et de pratiquer l'opération de Porro. Ici, nous croyons de notre devoir de donner une place importante dans notre travail à la modification particulièrement heureuse apportée par notre maître le Dr Duchamp à l'opération de Porro, procédé qui lui a donné dans le cas que nous rapportons un résultat aussi favorable. Ce pro-

céde est d'autant plus indiqué dans les cas de rétraction de l'anneau de Bandl, que les chances d'infection sont grandes, étant donné que cette opération n'est jamais décidée qu'après avoir épuisé la série des interventions.

Cette modification du D^r Duchamp consiste dans l'inversion artificielle de l'utérus et sa section par le vagin. Il l'a proposé, avant de l'avoir exécutée, en 1886, dans la *Loire médicale* d'où nous extrayons en entier le manuel opératoire. Et d'abord pour que l'intervention puisse s'exécuter il faut que le col soit dilaté ou dilatatable.

MANUEL OPÉRATOIRE

1° *Temps préparatoire.* — Le rectum ayant été préalablement vidé, on donne en lavement vingt gouttes de laudanum de Sydenham ; un second lavement semblable est donné au bout d'une demi-heure, et un quart d'heure après, on peut commencer l'anesthésie. Si les lavements étaient rejetés, on pourrait les remplacer par des injections sous-cutanées de morphine.

Nous attachons une grande importance à ce temps préparatoire qui, relâchant l'utérus, facilitera beaucoup l'exécution du retournement.

2° L'anesthésie commençant, on désinfectera soigneusement le champ opératoire. — Avant de prendre le bistouri, on s'assurera que la main pénètre facilement dans le vagin. L'orifice vaginal sera débridé au besoin, car il importe qu'au moment voulu, la main de l'opérateur

pénètre rapidement au niveau du col. Ces précautions prises, on placera la femme sur le bord du lit, les cuisses relevées et écartées, et l'opérateur se placera comme s'il s'agissait d'appliquer le forceps.

Les instruments bien désinfectés, flambés à la lampe à alcool et plongés dans une solution phéniquée à 3 % seront à portée de sa main. — Deux aides principaux sont nécessaires. — L'un d'eux maintiendra l'utérus sur la ligne médiane en refoulant les anses intestinales, pendant l'incision de la paroi abdominale. Il maintiendra cette paroi appliquée contre l'utérus pendant l'incision de cet organe et l'extraction du fœtus, pour éviter la pénétration des liquides dans l'abdomen et aidera par la pression de ses mains à faire saillir hors de la plaie l'utérus vidé de son contenu. Le second aide, non moins utile, glissera derrière l'utérus, dès qu'il fera saillie au dehors, une main bien désinfectée qui ira comprimer l'aorte et la veine cave inférieure, soit directement dans la cavité du péritoine, soit indirectement par l'intermédiaire de la paroi abdominale. Le rôle de ces aides est important, et c'est d'eux que dépendra en grande partie la rapidité de l'opération.

3° La malade bien endormie, les aides en place, la vessie vidée, le pubis rasé préalablement et le champ opératoire bien désinfecté, l'opérateur fait avec le bistouri sur la ligne médiane une incision longue de 20 centim. s'arrêtant à 5 centimètres du pubis. MM. Budin et Ribemont ont prouvé qu'une incision de 16 à 17 centimètres suffisait à laisser passer le fœtus pendant l'extraction. Nous préférons agrandir un peu cette incision pour que

l'utérus puisse être exprimé facilement de l'abdomen après l'extraction du fœtus.

L'incision faite jusqu'au péritoine, on liera les vaisseaux qui donneront du sang avec de fins fils de catgut, puis le péritoine sera ouvert dans toute l'étendue de l'incision de la paroi. Après s'être assuré qu'il n'y a pas d'écoulement sanguin, l'opérateur passera :

4° A l'ouverture de l'utérus. La matrice sera incisée dans la partie correspondant à la moitié supérieure de l'incision. Il y a intérêt à faire cette ouverture le plus haut possible pour que, dans l'opération du retournement, la plaie utérine ne s'agrandisse pas dans la direction du col. Pour éviter cette complication, une incision transversale de l'utérus serait préférable. — Dès que la paroi utérine est traversée, on achève en la déchirant avec les doigts, comme le conseille M. Tarnier, l'ouverture de l'utérus et le fœtus est rapidement extrait. Pendant qu'un aide lie le cordon, le placenta et les membranes sont enlevés, et ce temps est rendu plus facile par la manœuvre de l'aide qui exprime latéralement l'utérus et le fait saillir au dehors. Comme au même moment le second aide comprime les gros vaisseaux contre la colonne vertébrale, l'hémorragie ne peut être excessive.

5° — Du reste, sans perdre un instant, une main de l'opérateur pénètre tout entière dans le vagin par la vulve préalablement dilatée. Ses doigts franchissent le col en profitant de l'espace le plus large du détroit supérieur ; à ce moment la main restée libre porte vers les doigts intra-utérins le bord de l'incision utérine qui est accroché et tiré en bas. L'autre main aide activement au

retournement en poussant par en bas la paroi utérine jusqu'à ce qu'elle ait franchi le col.

La compression des gros vaisseaux est toujours maintenue.

6° L'utérus inversé est tiré en bas en dehors de la vulve, et tout aussitôt un fort tube de caoutchouc assure provisoirement l'hémostase; on peut dès lors cesser sans crainte d'hémorragie la compression de l'aorte. On s'assure aussitôt en introduisant une sonde dans la vessie, et aussi en examinant le bassin par l'ouverture abdominale, que les parois de ce réservoir n'ont pas été entraînées.

On s'assure aussi que les trompes et les ovaires ont suivi le fond de l'utérus et dépassé le col. Si un ovaire était étranglé à ce niveau, il serait facile de le dégager en relâchant le tube de caoutchouc et en poussant l'ovaire par le bassin, tandis que l'autre main profitant de l'incision de l'utérus, le tirerait par le bas. Les résultats du renversement vérifiés, l'aide chargé des parois abdominales les tient rapprochées et l'on ne ferme pas définitivement le péritoine avant le pansement du moignon utérin pour vérifier une dernière fois l'état des parties.

Une ligature définitive sera placée le plus haut possible sur le pédicule formé par l'utérus. Cette ligature sera élastique.

L'expérience démontrera s'il vaut mieux se servir d'un tube de caoutchouc fortement serré et restant définitivement en place, ou employer la ligature avec tractions élastiques de Périer. Pour ma part, je préférerais une ligature au caoutchouc très fortement serrée, à deux étages au besoin pour plus de sécurité, afin d'éviter la

présence d'un instrument qui, sortant par le vagin, gêne l'occlusion antiseptique de ce conduit.

L'utérus ayant été largement ouvert pour laisser passer le fœtus, il n'y a aucun avantage à conserver dans le vagin une masse considérable de tissus destinés à s'escharifier, aussi fera-t-on bien de sectionner l'utérus à 4 centimètres au-dessous des ligatures.

Une précaution me semble indispensable. Les ligaments larges tirillés peuvent en revenant sur eux-mêmes se dégager par glissement de la ligature quoique celle-ci soit serrée. On peut éviter une pareille complication en passant transversalement à travers le moignon à 2 centimètres des ligatures, un fil d'argent fort qui traversera successivement la paroi utérine puis le ligament rond, la trompe et le ligament de l'ovaire et enfin l'autre côté de la paroi utérine. Les extrémités de ce fil métallique sont rapprochées et tordues en passant à cheval sur la section du moignon. Les bouts du fil seront retournés dans ce moignon pour ne pas blesser le vagin.

Toutes ces précautions prises, le moignon et le vagin sont lavés avec une solution de sublimé au millième, puis le moignon est entouré de gaze iodoformée et réduit dans le vagin qu'on achève de tamponner avec de la gaze iodoformée.

7° Après s'être désinfecté les mains que les contacts avec la vulve ont pu souiller, l'opérateur vérifie une dernière fois l'état des parties du côté de l'abdomen, et après la toilette du péritoine referme complètement la séreuse et la paroi abdominale, comme on le fait après une ovariotomie dont le pédicule est abandonné dans le ventre.

8° Les soins consécutifs consisteront en traitement de la plaie abdominale comme à l'ordinaire, et en pansements vaginaux que la présence de la gaze iodoformée rendra aussi peu fréquents que possible.

L'alimentation, les soins généraux seront ceux des femmes qui ont subi le traumatisme des grandes opérations abdominales.

OBSERVATION XXVI

Tétanisme utérin. — Présentation de l'épaule. — Enfant mort. — Opération de Porro (Saenger-Centralblatt für Gynækologie, 20 août 1892). — Femme à sa cinquième grossesse, à terme. La sage-femme appelle un médecin deux jours et demi après la rupture de la poche des eaux.

Bassin rachitique, modérément rétréci, présentation de l'épaule, enfant mort, utérus fortement tétanisé, contracture du col de consistance cartilagineuse. Température 38°8, pouls très rapide.

Douches locales et narcose chloroformique prolongée pour vaincre le tétanisme utérin. Pas de résultat ; néanmoins on fait une tentative de version.

Introduction de la main gauche dans l'utérus, pied gauche saisi ; impossible d'atteindre le pied droit.

Dans les tentatives de version, procidence du bras droit, on le détache avec une pince à os pour avoir plus d'espace. Le pied gauche est arraché vers le tiers inférieur de la jambe.

Saenger, mandé en toute hâte, arrive à onze heures de la nuit et se trouve en présence de : présentation de l'épaule, utérus tétanisé et rompu incomplètement, bras droit détaché, jambe gauche arrachée, enfant mort et putréfié.

La jambe gauche était engagée dans le col, on ne pouvait atteindre le tronc du fœtus, on pouvait en inférer que celui-ci, et à plus forte raison le cou, était situé trop haut pour pouvoir être saisi par le crochet de Braun. Il n'était pas possible de démembrer l'enfant sans pénétrer plus profondément dans l'utérus en partie déchiré et tétanisé, et il en serait inévitablement résulté des lésions plus étendues des organes maternels. Il ne restait plus que l'opération de Porro qui permettait d'enlever en même temps l'utérus déchiré et infecté.

A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule une certaine quantité de liquide sanguinolent. *L'utérus a la forme d'unealebasse* : impossible de le mobiliser ; on place une ligature élastique sur le segment inférieur et l'incision doit être faite *in situ*.

Des gros vaisseaux s'échappent quelques gouttes de sang ; dans la cavité utérine se trouve une certaine quantité de sang noir, épais et mal odorant ; pas de méconium. La tête fœtale passe par l'incision ; on extrait le corps ensuite ; le tronc était tout entier dans le segment inférieur, le siège tourné à droite.

Placenta complètement décollé, en bouillie, putréfié ; détaché du cordon.

Déchirure en arc, contuse, jusqu'à la séreuse, sur le segment inférieur très distendu ; infiltration sanguine dans les tissus péri-utérins, surtout vers l'ovaire et la trompe du côté droit. Collections sanguines dans le tissu cellulaire rétro-cervical, dans le cul-de-sac de Douglas et jusque dans la fosse iliaque droite.

Mort de la femme dans les vingt-quatre heures d'accidents septiques.

Dans cette observation, la poche des eaux était rompue depuis plus de quarante-huit heures ; il y avait, en outre, une présentation de l'épaule et un bassin rétréci.

On avait fait en outre plusieurs tentatives de version.

Toutes les conditions étaient donc réunies pour amener les contractions tétaniques de l'utérus.

Les tentatives de version, si elles n'ont pas provoqué la déchirure utérine, l'ont toujours agrandie.

OBSERVATION XXVII (*personnelle*)

Loire médicale, 15 septembre 1897. — Opération césarienne suivie de l'amputation par le vagin de l'utérus inversé. — Guérison. — Par le Dr DUCHAMP, agrégé, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Saint-Étienne.

Le 26 août 1897, entrain à la Maternité une femme de quarante-trois ans, primipare, envoyée de son village par M. le Dr Odin, de Saint-Galmier. Notre honorable confrère avait constaté un rétrécissement du bassin et, sans aucune manœuvre, nous envoyait sa malade.

En quelques mots, il s'agissait d'un bassin peu rétréci dans le conjugué (SsP = 40), mais irrégulier de forme, avec le cotyle gauche saillant dans l'excavation; traces de rachitisme.

Le ventre est fortement en besace. Présentation O. I. G. P. Enfant vivant. Le col est dilatable. Le travail date de vingt-quatre heures, et la poche des eaux s'est rompue de bonne heure.

Quelle conduite fallait-il tenir? Pour qui avait souci de la vie de l'enfant, la symphyséotomie et la section césarienne étaient seules à discuter. J'ai pratiqué cette dernière et cela pour deux raisons : je ne savais pas tout d'abord ce que donnerait la section de la symphyse avec un bassin irrégulier, et d'autre part je suis peu tenté de couper la symphyse d'une femme quand je ne suis pas sûr de son aseptie.

Dans le cas présent, le travail datait de vingt-quatre heures, l'œuf était ouvert depuis longtemps, et si j'ai confiance dans

l'asepsie de mon confrère de Saint-Galmier, je ne savais quelles mains avaient encore touché la malade.

J'ai pensé que l'opération césarienne, telle que je la concevais, donnerait un traumatisme moindre que la symphyséotomie, et qu'elle aurait sur celle-ci l'avantage de supprimer un utérus peut-être infecté, tout en n'ouvrant ni le tissu cellulaire du bassin, ni aucune articulation.

L'opération a été faite avec l'assistance de mes deux internes; M. Rigst donnait l'éther et M. Chauve m'aidait directement.

La paroi abdominale, très amincie sur la ligne blanche, est rapidement incisée; l'utérus, qui pointe en avant, sort à travers les lèvres de la plaie qui sont aussitôt rapprochées en arrière de lui.

Je fais sur la face antérieure, près du fond, une petite incision qui me permet de passer l'index dans l'utérus; sur ce doigt j'incise en deux coups de ciseaux l'utérus sur une longueur de 20 centimètres environ. Je trouve les pieds et je cherche à extraire l'enfant, mais je suis arrêté par une résistance dont je me rends compte bientôt. Sous l'influence des contractions utérines, le segment inférieur s'est dilaté et l'anneau de contraction est passé au-dessus de la tête de l'enfant qu'il emprisonne ainsi dans le segment inférieur. J'introduis un doigt dans la bouche de l'enfant que j'essaie de dégager comme dans la manœuvre de Mauriceau, mais l'anneau résiste et je crains de déchirer l'utérus ou de le déchirer de ses insertions vaginales.

Décidé à sacrifier l'utérus, je n'hésite pas à poursuivre mon incision sur la face postérieure de l'organe jusqu'à l'anneau de contraction, et le fœtus est extrait facilement. Pince sur le cordon qui est sectionné; l'enfant bien vivant est emporté.

L'utérus, largement bivalvé, ne saigne pas; la délivrance est faite et des compresses stérilisées essuient la cavité utérine. Sans perdre de temps j'introduis par le vagin une longue pince à plateau qui franchit le col et apparaît dans l'utérus. De la main gauche restée libre, j'infléchis un des bords de l'incision entre les mors de la pince qui le saisissent; une seconde pince, introduite par la même voie, saisit l'autre lèvre de l'utérus, et

je tire de la main droite sur les deux pinces, pendant que la main gauche aide à l'inversion de la matrice.

Cette manœuvre s'exécute avec la plus grande facilité, et l'utérus inversé pend à la vulve; toujours pas d'hémorragie. Une ligature élastique est placée, tube de caoutchouc enroulé cinq ou six fois autour de l'utérus et fixé par un fil de soie.

On vérifie par l'abdomen les résultats de la ligature. Le fond du bassin est en entonnoir; les annexes ont disparu et la vessie, quoique abaissée, n'atteint pas le centre du froncement de la séreuse dont la fermeture est bien complète. On peut dès lors suturer à l'ordinaire l'incision abdominale.

Par mesure de précaution, j'applique un second tube de caoutchouc au-dessus du premier, puis je sectionne l'utérus à 4 centimètres environ de cette seconde ligature. Le moignon lavé et bien essuyé est entouré de gaze iodoformée et réduit dans le vagin. Ce conduit reçoit encore quelques mèches de gaze.

L'opération a été faite en moins de temps qu'il n'en faut pour la décrire; elle a frappé les assistants par sa rapidité et surtout par sa simplicité.

Les suites de couches ont été traversées par une poussée de broncho-pneumonie, mais à aucun moment l'état du ventre ne nous a inspiré d'inquiétude.

Je ne veux pas discuter ici les indications de la conservation ou de l'ablation de l'utérus après l'opération césarienne; je tiens seulement à montrer que lorsque l'utérus est condamné, l'inversion est supérieure au Porro ordinaire et à l'hystérectomie totale dont quelques observations ont été publiées.

L'inversion a l'avantage sur le Porro de fermer complètement la séreuse et de ne pas exposer à l'éventration à l'avenir. Comparée à l'hystérectomie, l'inversion a l'avantage de ne pas exposer à l'hémorragie, de ne faire communiquer à aucun moment le vagin avec le péritoine; enfin et surtout, tandis que l'hystérectomie demande un chirurgien exercé, un lit de Trendelenburg et l'arsenal de la grande chirurgie abdominale, l'inversion est à la portée de tous les praticiens; elle peut

s'exécuter partout avec un arsenal des plus restreints. L'hystérectomie totale est longue, sinon comme ablation de l'utérus, du moins comme hémostase, et l'inversion ne demande que quelques instants.

L'une est une opération de grande chirurgie; l'autre, plus modeste, moins dangereuse je crois, est une opération de nécessité que tout praticien peut exécuter avec les seules ressources dont on dispose en dehors des grands hôpitaux.

OBSERVATION XXVIII

D^r NOURY. — *Année médicale de Caen 1895. Obstacle apporté par l'anneau de Bandl au cours d'une opération césarienne.*

Malade âgée de vingt-neuf ans, de petite taille; pas d'antécédents pathologiques. Une fausse couche antérieurement. La grossesse a évolué régulièrement. La malade est suivie par une sage-femme depuis une quinzaine de jours. A cette époque l'examen de l'urine décèle de l'albumine.

Le début du travail remonte à plus de vingt-quatre heures. Poche des eaux rompue dès le premier toucher de l'accoucheur.

Appelé en ces circonstances le D^r Noury constate : présentation du sommet ; pas d'engagement. Utérus rigide, comme tétanisé, empêche tout palper. Le col est épais, résistant ; dilatation à moins de cinq francs. Dès lors le D^r Noury conseille l'expectation et prescrit des lavements laudanisés.

Le lendemain vers midi : le col est un peu plus mince et un peu plus dilaté, mais toujours résistant. Toujours pas d'engagement. L'examen de l'excavation montre qu'il est à peine possible d'introduire trois doigts dans la moitié gauche du bassin et qu'il est impossible de faire quelques mouvements bien que la tête soit au détroit supérieur. D'autre part, les ischions étaient rapprochés et le diamètre promonto-sous-pubien était inférieur à 8 centimètres.

L'opération césarienne est décidée, l'épuisement, la résistance et le défaut de dilatation du col ne permettent pas de songer au forceps, au céphalotribe, ni à la symphyséotomie.

La malade est transportée à l'hôpital; tous les préparatifs étant faits, l'auscultation ayant permis d'entendre nettement les bruits du cœur, incision de la ligne blanche, de la séreuse avec le bistouri. Section du muscle au ciseaux.

On tombe sur le placenta, et on pratique l'extraction du fœtus.

Mais passons ici la parole à M. Noury : « Je saisis les pieds du fœtus qui était en O.I.D.P. et je les amène dehors, ainsi que le tronc, mais la tête résiste, maintenue qu'elle est par la contraction de l'anneau de Bandl. Je confie alors les pieds à mon aide et d'un coup de ciseau à la partie inférieure de ma première incision je détruis l'obstacle qui s'opposait à l'extraction de la tête. »

La respiration artificielle pratiquée aussitôt sur l'enfant reste sans résultat. Le lendemain, mort de la femme avec phénomènes de péritonite due à ce que les sutures utérines ont cédé.

L'auteur ne fait aucune réflexion sur cette dystocie, due à l'anneau de Bandl contracté constatée de visu comme dans notre observation.

OBSERVATION XXIX

Due à l'obligeance de M. le Dr Fabre

M^{me} A..., âgée de quarante ans, est une femme énorme, elle pèse 117 kilos. De bonne santé habituelle, elle a été enceinte deux fois : la première grossesse s'est terminée par une application de forceps au détroit supérieur, l'enfant meurt pendant l'application. Au moment du deuxième accouchement l'enfant se présente par le siège; une extraction difficile par les pieds permet d'obtenir un enfant vivant.

La troisième grossesse paraît d'après l'époque des dernières règles s'être prolongée d'environ dix jours. La poche des eaux se rompt rapidement sans aucune douleur, la dilatation se fait très lentement avec des douleurs irrégulières ; pas d'engagement ; le fœtus est en O.I.G.A. Le médecin, se rappelant que la tête étant dernière il avait eu un enfant vivant, tente une version, vingt-quatre heures environ après la rupture de la poche des eaux, le refoulement latéral de la tête est difficile, néanmoins après beaucoup d'efforts un pied peut être amené au niveau du col, mais l'évolution ne se fait pas ; on va chercher le second pied qui ne peut être abaissé au-dessous du plan du détroit supérieur ; un médecin, appelé à l'aide, cherche à faire une évolution forcée et en tirant sur le pied, il arrache la jambe, la rupture se fait au milieu du genou. L'évolution est toujours impossible, cependant pendant les dernières manœuvres la tête a été refoulée dans la fosse iliaque gauche, en même temps une main arrive en procidence.

Cinquante heures après le début du travail, nous arrivons auprès de cette malade ; elle est très épuisée, soif vive, langue sèche, lèvres fuligineuses ; la vulve est tuméfiée, excoriée en plusieurs endroits, douloureuse au toucher, il s'écoule du vagin un liquide très fétide. La température est de 37°9, pas de frissons, le pouls est fréquent = 120 à la minute, sans tension. Pas de vomissements.

Le palper ne donne aucun renseignement concernant la position fœtale ; l'utérus a son grand axe vertical ; l'enfant est mort depuis vingt-quatre heures environ ; l'utérus est dur, contracté constamment ; les douleurs sont très espacées, courtes, arrachant quelques plaintes à la malade : à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic on perçoit un bourrelet très net transversal qui correspond à l'anneau de contraction.

Le toucher étant très douloureux, on endort la malade ; dans le col on trouve le moignon de la cuisse arraché ; un peu plus haut le pied droit et la main gauche. On cherche à faire l'évolution en tirant sur le moignon ; rien ne vient ; il en est de même

en agissant sur l'autre pied. On cherche à mobiliser le fœtus en tirant sur la main, rien ne bouge, le fœtus paraît fixé de toutes parts. Le promontoire est facilement atteint, le sacro-sous-pubien a 9 centimètres ; le promontoire est bas.

En introduisant toute la main dans le vagin, on arrive à sentir la face qui regarde à droite, il s'agit d'une occipito-gauche défléchie, mais on est très gêné pour arriver sur elle, il faut aller loin à gauche et les membres procidents empêchent la main de pénétrer aisément : il est impossible de contourner la tête, le thorax ne peut être atteint.

Le fœtus a son grand axe vertical, la tête est dans la fosse iliaque gauche entourée par le segment inférieur très dilaté, l'anneau de Bandl, très dur, empêche le siège de descendre et la tête de remonter.

On tente quelques nouveaux essais, timides il est vrai, pour faire l'évolution; on cherche à atteindre le front avec un perforateur : cela est impossible ; de même le cou est si élevé qu'on ne peut le saisir entre les mors d'un cranioclaste; on se décide à l'opération césarienne, comme dernière chance de salut.

La malade est transportée à l'hôpital où nous l'opérons dans de bonnes conditions au point de vue de l'asepsie avec l'aide des confrères qui l'assistaient. La paroi abdominale présente une couche de graisse de 10 centimètres au moins . pas de signes de rupture utérine ; la paroi de l'utérus est très épaisse, elle a 4 centimètres dans la région supérieure ; le segment inférieur est au contraire très aminci. L'utérus est très exactement appliqué sur le fœtus ; on recherche un pied qui est difficile à extraire, mais subitement le fœtus se mobilise et l'extraction est facile ; l'enfant pèse 4.500 grammes.

Suture de la paroi utérine et abdominale à la soie.

La malade a été très mal pendant l'intervention : la respiration est irrégulière, le pouls très rapide ; au réveil on calme la douleur avec une injection d'un centigramme de morphine.

La malade meurt douze heures après. Elle n'a pas vomi. La température était de 38°2.

CHAPITRE VIII

PROVOCATION DE L'ACCOUCHEMENT. — DILATATION DU COL EMPLOI DES BALLONS.

Nous avons tenu à placer dans notre travail un chapitre sur l'étude des cas où on a recours à certains agents provocateurs du travail, à certains procédés de dilatation artificielle du col et dans lesquels la rétraction de l'anneau s'est révélée. Nous visons surtout l'emploi des gros ballons dont le rôle dans la production de l'anneau est manifeste, de même que leur inefficacité contre la rétraction de l'anneau une fois produite.

Nous avons déjà vu au chapitre II combien ces agents risquaient de troubler la contraction utérine : ce sont des excitateurs bien plutôt que des dilatateurs, ils arrivent bien à déterminer des douleurs, surtout le ballon, à provoquer un commencement de travail, mais trop souvent ces contractions ne tardent pas à se montrer irrégulières, inefficaces, aboutissant rapidement à l'épuisement de la femme, réalisant ainsi les conditions habituelles de développement de l'anneau rétracté.

Les gros ballons de Champetier et de Boissard déterminent en outre une augmentation notable et brusque de la pression utérine qui va prédisposer également le muscle utérin à se tétaniser. Les gros ballons en distendant à l'excès le segment inférieur, point de départ du réflexe qui sera suivi de la contraction utérine, rappellent bien les conditions de certaines présentations vicieuses qu'on retrouve couramment dans l'étiologie des rétractions de l'anneau ; nous voulons parler des présentations du tronc alors qu'une grosse partie est engagée et comprime énergiquement et d'une façon prolongée le segment inférieur.

D'autre part le ballon n'a guère tendance à dilater l'utérus au-dessus du segment inférieur ; sa pression excentrique pendant qu'il est gonflé porte peu sur la région qui correspond à l'anneau, il ne sera donc pas étonnant d'avoir, consécutivement à son emploi, une dilatation ne dépassant pas cette hauteur ; bien plus, le ballon n'a peut-être aucune action sur le corps utérin en général et en particulier sur l'anneau de contraction ; ce n'est évidemment là qu'une hypothèse, mais qui se trouve bien appuyée par les faits nous montrant le ballon absolument sans efficacité pour dilater l'anneau contracté, l'observation du Dr Commandeur est assez typique à ce point de vue.

Quoi qu'il en soit, l'emploi du ballon est fréquemment suivi de rétraction de l'anneau de Bandl et voilà l'impression commune à quelques accoucheurs, impression causée par une assez longue expérience : une fois le col dilaté par le ballon, on croit pouvoir introduire sa main et arriver facilement sur la présentation, voir même aller immédiatement à la recherche d'un pied si l'on veut ter-

miner rapidement l'accouchement par une version, mais la main est arrêtée à la partie supérieure du segment inférieur par un véritable diaphragme présentant en son milieu un orifice plus ou moins resserré ; l'anneau s'est rétracté au-dessous du fœtus ; c'est qu'en effet, très généralement, les ballons, en déplaçant par leur volume la présentation, favorisent la formation de l'anneau avec tout le corps de l'enfant dans l'étage supérieur.

M. le professeur Fochier a le premier attiré l'attention sur ces faits à une séance de la Société obstétricale de France et à propos d'une observation du D^r Demelin. Le professeur Budin partage aussi cette opinion et prétend avoir recours de moins en moins à l'emploi des ballons pour la provocation du travail avant terme dans la crainte d'avoir à lutter contre les difficultés de cette redoutable complication ; il croit même que c'est une des raisons qui ont poussé certains accoucheurs à renoncer plus ou moins complètement à l'accouchement prématuré artificiel.

Ainsi s'ajoute ce grief aux reproches déjà adressés aux ballons : déplacement de la présentation, facilité des procidences du cordon et des membres.

L'action du ballon de Champetier comme dilatateur de l'anneau rétracté semble nulle d'après l'observation du D^r Commandeur, puisque, en prenant toutes les précautions : gonflement et dégonflement successifs, tractions continues et intermittentes ; on n'a pas augmenté la dilatation d'un centimètre et l'on dut recourir à l'embryotomie.

Dans ces cas la dilatation digitale progressive, ne déterminant pas d'excès de tension intra-utérine, est certainement le procédé de choix.

OBSERVATION XXX (th. Markowitch)

Maternité de la Charité, service de M. Budin

X..., vingt-sept ans, bassin normal, sextipare, un avortement gémellaire, quatre accouchements spontanés à terme. Enceinte pour la sixième fois, vers la fin de la grossesse, cette femme est prise de frayer subite et très vive. Aussitôt elle se sent très abondamment mouillée du côté des organes génitaux et s'aperçoit qu'elle perd du sang en très grande quantité, sans aucune douleur. Elle rentre chez elle, se couche et, l'écoulement continuant toujours, elle tombe dans une faiblesse extrême avec lipothymies. Apportée à la Maternité de la Charité, le 18 avril, à 9 heures du soir, elle est examinée par M. Bonnaire, chef du service, en l'absence de M. Budin.

M. Bonnaire constate que la femme n'est pas franchement en travail, les contractions sont rares, non douloureuses, le col est entr'ouvert, perméable à deux doigts, mais non effacé. Il s'écoule un liquide sanguinolent, mélange de sang et de liquide amniotique: les membranes sont donc rompues. Il y a présentation du sommet en O.I.G.T.

L'enfant est bien portant; mais, en présence de la persistance de l'écoulement, de la faiblesse extrême, on se décide à pratiquer l'accouchement forcé.

M. Bonnaire introduit un ballon Champetier de Ribes dans l'utérus, le gonfle au maximum et après quarante-cinq minutes parvient par des tractions lentes à lui faire franchir le col toujours imparfaitement effacé.

Il pratique aussitôt la version podalique; la saisie du pied et l'évolution s'opèrent facilement, ainsi que le dégagement du tronc; « mais le temps suivant est rendu extrêmement difficile par la rétraction de l'anneau musculaire entre le corps et le segment inférieur de l'utérus ». Cet anneau rétracté retient la tête et le bras postérieur relevé malgré la douceur des tractions

et l'emploi simultané de l'expression du fond de l'utérus. Des tractions sur le tronc de l'enfant n'arrivent pas à dégager l'épaule au-dessus de cet anneau.

La main droite est alors introduite en arrière du fœtus dans le segment inférieur de l'utérus, elle saisit le moignon de l'épaule postérieure par le pouce opposé à l'index et au médus; elle tire directement en bas de façon à abaisser le moignon de l'épaule et à rendre le bras assez accessible pour pouvoir être abaissé par les manœuvres classiques. Enfin la partie scapulaire du bras se dégage au-dessous de l'anneau contracté; dès lors l'abaissement est facile.

L'extraction de la tête dernière ne nécessite pas de grands efforts.

Garçon pesant 3.780 grammes, né en état de mort apparente, ranimé par insufflation.

OBSERVATION XXXI (Th. Chéron).

Professeur BUDIN (Maternité). — *Accouchement prématuré, provoqué à l'aide de la bougie de Krause, de l'écarteur Tarnier et du ballon Boissard. — Travail durant cinq jours. — Intervention avec dilatation de 3 centimètres. — Tentative infructueuse de version, l'anneau de Bandl s'opposant à l'évolution du fœtus. — Extraction d'un enfant mort à l'aide d'une application de forceps. — Bassin rétréci. P.P.M. égal à 7,5, avec l'instrument de Crouzat.*

Primipare, vingt-trois ans, réglée à dix-sept ans; sa grossesse actuelle commence vers le 8 mars 1896, époque de ses dernières règles.

La parturiente se présente à la Maternité le 29 octobre 1896.

Par l'examen local, on constate un sommet mobile au détroit

supérieur ; le siège est au fond de l'utérus, le dos à droite ; les bruits du cœur sont entendus à droite, un peu au-dessous de l'ombilic ; par le toucher vaginal, on arrive sur un col qui est long et fermé sur un sommet élevé et mobile ; le promontoire et la face antérieure du sacrum sont facilement accessibles ; la distance qui sépare le promontoire du bord inférieur du pubis mesure 9,4 ; la distance P.P.M. mesurée par l'instrument de Crouzat donne 7,5. C'est un bassin symétrique relativement large sur les parties latérales. Les mensurations externes du bassin sont les suivantes :

Bi-crête 27 centimètres.
Bi-épineux 26,3.

Étant données les dimensions du bassin, on se décide à provoquer l'accouchement prématuré au commencement du neuvième mois.

Le 11 novembre, on introduit une bougie de Krause dans la cavité utérine ; dans la journée, les douleurs sont légères et rares et sous l'influence des contractions, on trouve le col presque effacé le soir.

12 novembre. — Les douleurs sont peu intenses la nuit et cessent le matin, aussi se décide-t-on, à 1 heure de l'après-midi, à poser l'écarteur de Tarnier pour réveiller les contractions utérines. Sous l'influence de ce dernier, les douleurs se réveillent et l'on constate quatre heures après, quand l'instrument est retiré, que le col présente une dilatation de 1 centimètre.

13 novembre. — La parturiente a été très calme toute la nuit ; à 4 heures du soir, les douleurs ayant été presque nulles pendant la journée, on pose à nouveau l'écarteur qu'on laisse en place pendant trois heures.

La malade commence à être fatiguée ; ses forces sont relevées à l'aide du champagne, et, dans la nuit, on fait un grand lavage vaginal avec 10 litres de sublimé faible.

14 novembre. — Comme la dilation n'avance pas et que les douleurs sont toujours très modérées, on se propose de réveiller les contractions utérines à l'aide du ballon Boissard. Les bruits du cœur de l'enfant sont bons. A cinq heures du soir, on trouve un orifice n'ayant à peine que 3 centimètres, il est épais, dur, comme infiltré, le ballon étant toujours en place. La température est à ce moment de 38°4.

Le ballon est enlevé dans la soirée. A 4 h. 40 du matin, les membranes se rompent spontanément.

15 novembre. — La dilatation est restée stationnaire.

Le sommet est fixé au détroit supérieur et est le siège d'une bosse séro-sanguine volumineuse; les bruits du cœur sont normaux.

La malade est en proie à un délire tranquille qui dure presque toute la journée; la température est de 38°2.

Comme on n'observe aucun progrès dans le travail, les contractions restant toujours très faibles, et la dilatation ne progressant pas depuis la veille, on se décide à intervenir, l'état de la malade le nécessitant absolument.

A ce moment, on trouve, par l'examen local, les signes suivants: le sommet est en position transverse, fortement appliqué au détroit supérieur avec une bosse séro-sanguine qui descend profondément dans l'excavation; les bords de l'orifice utérin sont minces.

Sous l'influence du chloroforme, on fait la dilatation manuelle du col qui cède progressivement de telle sorte que l'on peut successivement faire pénétrer un et plusieurs doigts et enfin la main.

Il semble que la version soit possible et l'on se décide à la pratiquer de préférence à l'emploi du forceps, les dimensions de la filière pelvienne et la forme du bassin permettant un passage plus facile à la tête venue dernière que première. Mais la main, une fois introduite dans l'utérus, rencontre, au niveau du bord supérieur du segment inférieur, l'anneau de Bandl qui est fortement tendu et qui oppose une résistance au

passage de la main. L'anneau de contraction qui enserre le cou du fœtus finit toutefois par se laisser traverser. La main peut alors pénétrer dans la cavité utérine et saisir un pied ; les tractions sont exercées sur lui pour l'amener dehors et faire ainsi évoluer le fœtus. Ce temps de l'opération présente de grandes difficultés : il est impossible de l'abaisser en dehors de la vulve, et c'est à peine s'il est possible de placer un lacs.

M. Boissard pense alors qu'il arrivera à terminer l'évolution en amenant l'autre pied dans le vagin. Il va à sa recherche, mais l'utérus est tellement contracté sur le fœtus qu'il lui est impossible d'arriver à saisir l'autre pied.

Pendant ces manœuvres d'abaissement du siège, d'autres manœuvres étaient pratiquées directement sur la tête, par la main gauche située dans le segment inférieur. Mais ce fut en vain que, par des pressions exercées sur elle, de bas en haut on essaya de refouler la tête au-dessus du rétrécissement annulaire par la combinaison de pressions faites par un aide à travers la paroi abdominale.

L'anneau de Bandl contracté opposait une résistance absolue et maintenait la tête dans le segment inférieur.

En présence de l'impossibilité d'abaisser le siège et de refouler la tête fœtale, on abandonne la version pour recourir à une application de forceps.

M. Boissard refoule le membre inférieur qu'il avait amené dans le vagin, puis un aide fixe le sommet au détroit supérieur.

Au moment de l'extraction le col apparaît à la vulve, il se déchire légèrement ; l'enfant, du poids de 2.550 grammes, naît mort. La femme perdant un peu de sang, on pratique la délivrance artificielle que l'on fait suivre d'un grand lavage utérin. La température, après l'intervention, est de 38°4.

Pendant les suites de couches, la température reste élevée à 38° le soir ; sous l'influence des injections intra-utérines, faites matin et soir, la température retombe à la normale et la malade sort guérie le douzième jour.

OBSERVATION XXXII (Th. Chéron)

Professeur BUDIN (Maternité). — *Bassin rétréci.* — *Diamètre promonto-pubien minimum de 7 centimètres (mensuration prise avec l'instrument de Crouzat).* — *Accouchement provoqué à huit mois et demi, à l'aide de la bougie de Krause et de l'écarteur de Tarnier.* — *Tentatives d'extraction à l'aide du forceps.* — *Version également impossible à cause de la contraction de l'anneau de Bandl qui maintient la tête fixée au détroit supérieur et empêche son refoulement.* — *Basiotripsie et délivrance artificielle.*

Multipare, quarante-deux ans, réglée à treize ans. La parturiente eut cinq grossesses antérieures ; la première, qui eut lieu à vingt-sept ans, se termina spontanément à sept mois, par l'expulsion d'un enfant mort pendant le travail ; la seconde grossesse, terminée également à sept mois, après deux jours de travail, par la naissance d'un enfant vivant qui mourut six heures après.

La troisième grossesse évolua jusqu'à terme ; plusieurs tentatives d'extraction furent faites à l'aide du forceps ; l'enfant mourut pendant les tentatives et on finit l'accouchement par une basiotripsie.

La quatrième grossesse aurait évolué jusqu'à terme, d'après les renseignements fournis par la malade ; le travail dura plusieurs jours, l'enfant mourut et fut expulsé spontanément.

La cinquième grossesse évolua jusqu'à terme et l'accouchement fut terminé par une basiotripsie.

La sixième grossesse ou grossesse actuelle. Les dernières règles apparurent du 22 au 27 janvier 1896. La parturiente se présente à la consultation au mois de juillet pour savoir ce qu'elle pourrait faire pour avoir un enfant vivant. Après un

examen complet de la malade, et un examen minutieux du bassin dont le diamètre promonto-sous-pubien est égal à 9 centimètres $1/2$, on lui propose la seule intervention qui semble indiquée en pareil cas, c'est-à-dire la symphyséotomie. Mais instruite des risques que peut lui faire courir cette opération, la malade refuse; on lui donne alors le conseil de revenir à la fin du mois de septembre pour provoquer un accouchement à cette époque, ce qui répondra au huitième mois de sa grossesse.

Malheureusement elle revient le 9 octobre.

L'examen local fait constater par le palper un sommet au détroit supérieur, au fond de l'utérus un siège; le dos est à gauche, les petits membres à droite.

Le volume de l'enfant ne paraît pas considérable, mais exagéré par rapport aux dimensions de la filière pelvienne. En effet, la tête appuyée sur le détroit supérieur déborde légèrement le bord supérieur de la symphyse pubienne.

On trouve, par le toucher vaginal, un col long, dont l'orifice externe est perméable, et un promonto-sous-pubien de 9 centimètres $1/2$; le bassin est également étroit sur ses parties latérales.

Confiant dans cette mensuration qui avait été trouvée par toutes les personnes qui avaient examiné cette malade, on se décide à provoquer l'accouchement avec l'espérance peut-être d'un enfant vivant, bien que l'époque de l'accouchement prématuré ait été dépassé et la malade refusant toujours une intervention par la symphyséotomie.

Le 11 octobre, à 10 heures du matin, l'accouchement prématuré est provoqué par l'introduction d'une bougie de Krause dans la cavité utérine.

La rupture de la poche des eaux a lieu pendant cette introduction.

Les douleurs sont faibles et rares pendant cette première journée; aussi le lendemain à 4 heures du soir, pour réveiller les contractions utérines, on introduit l'écarteur de Tarnier qu'on laisse en place pendant quatre heures.

Pendant tout ce temps les douleurs ont été fortes et violentes, et la même intensité se maintient après l'enlèvement de l'écarteur. Le lendemain matin, l'orifice utérin présente une dilatabilité suffisante pour intervenir ; l'intervention est, du reste, absolument indiquée, car les bruits du cœur sont sourds ; en outre, par le toucher, en soulevant la tête qui appuie sur le détroit supérieur, on laisse échapper du liquide amniotique, verdâtre, indice de la souffrance de l'enfant.

Une application oblique de forceps est faite sur la tête fœtale située en position iliaque gauche transverse. La branche gauche est introduite la première et mise en rapport avec la symphyse sacro-iliaque gauche, tandis que la cuiller droite est appliquée en rapport avec l'éminence iléo-pectinée du côté droit. Pendant l'introduction de la première cuiller, il s'écoule une certaine quantité de sang dû au décollement du placenta.

Pendant les tractions, qui sont très énergiques, les cuillers du forceps glissent sur la tête fœtale qui reste fixée au détroit supérieur. On a recours alors à la version podalique, par manœuvres internes. La main gauche est introduite dans le vagin, puis dans le col qui est très dilatable ; la main pénètre ainsi facilement, mais elle se trouve bientôt arrêtée par la contraction de l'anneau de Bandl, qui oppose une grande résistance au passage de la main.

La contraction de cet anneau est du reste visible à la seule inspection de l'abdomen. On voit, en effet, au-dessus de la symphyse pubienne, la tête fœtale formant une saillie marquée et surmontée par une dépression très nette qui la sépare du reste de l'utérus. La forme du globe utérin rappelle donc en tous points la description qu'en donnent les auteurs anglais sous le titre *hourglass ante partum*, le sillon de séparation des deux ventres du sablier répondant au point d'étranglement de l'anneau de contraction.

La main gauche arrive toutefois à franchir cet obstacle musculaire et peut saisir le pied gauche qui est attiré à la vulve. Mais l'évolution du fœtus ne se fait pas et la tête reste toujours maintenue au détroit supérieur par l'anneau de Bandl contracté.

Un lacs étant placé sur le pied abaissé, M. Budin essaie de refouler la tête directement en haut et à gauche, tandis qu'un aide essaie également, par des mouvements combinés aux siens, de la faire remonter par des pressions énergiques exercées à travers la paroi abdominale.

C'est en vain que ces manœuvres sont répétées plusieurs fois, la tête paraît s'élever dans l'abdomen, mais, dans son mouvement ascensionnel, elle entraîne le corps utérin, restant toujours fixée au-dessous de l'anneau de Bandl; ce refoulement n'est donc qu'apparent.

Pendant toutes ces manœuvres, l'enfant a succombé, les bruits du cœur faisant absolument défaut.

On est alors obligé de recourir à une basiotripsie.

Le perforateur de Blot est d'abord introduit et remplacé par le perforateur Tarnier : le petit broiement est alors pratiqué après l'introduction de la branche gauche; le grand broiement après l'introduction de la branche droite.

Les tractions sont faites ensuite en bas et en arrière dans l'intervalle des contractions pour permettre aux épaules de traverser l'anneau musculaire rétracté. On termine par le dégagement du tronc.

Après l'extraction, la main, introduite dans la cavité utérine, permet de constater au niveau de la région de l'anneau de Bandl la saillie circulaire de l'anneau de contraction; mais la résistance qu'oppose ce dernier est relativement faible par rapport à celle constatée pendant le travail. La main traverse assez aisément l'anneau de Bandl et pratique la délivrance artificielle.

Le placenta extrait est bilobé, le placenta accessoire étant relié au principal par un pont membraneux.

Le poids du fœtus est de 2.600 grammes sans la substance cérébrale.

L'examen du crâne montre que le perforateur a été introduit au niveau du pariétal droit, à 2 centimètres de la suture sagittale, et a pénétré jusqu'à la base du crâne qu'il a atteint au niveau de l'apophyse mastoïde du côté gauche.

Après la délivrance, et sous le chloroforme, on pratique la mensuration du promonto-pubien minimum avec l'instrument de Crouzat; le diamètre mesure 7 centimètres, chiffre qui répond peu, du reste, à celui que faisait prévoir la mensuration digitale du promonto-sous-pubien et qui mesurait 9 cent. $4/2$.

Les suites de couches furent normales.

OBSERVATION XXXIII (th. Chéron)

Professeur BUDIN (Maternité). — *Accouchement provoqué à l'aide du ballon Boissard, à huit mois et demi. — Bassin rétréci dont le promoto-sous-pubien mesure 9 centimètres 2. Présentation du sommet avec procidence du cordon, du pied et de la main. — Contraction énergique de l'anneau de Bandl, rendant impossible la version. — Basiotripsie.*

Vingt-neuf ans, secundipare, réglée à quinze ans, la parturiente est enceinte la première fois à l'âge de vingt-sept ans; le fœtus se présentait transversalement; il fut extrait à l'aide de la version podalique; l'enfant mourut pendant le travail.

La seconde grossesse, ou grossesse actuelle, évolua sans aucune complication; elle avait eu ses règles du 20 au 25 novembre et se présente à la consultation de la Maternité le 10 août 1896.

La malade est de petite taille et présente, à l'inspection de son squelette, certains stigmates de rachitisme; c'est ainsi que les bords antérieurs du tibia sont saillants et convexes; les fémurs sont légèrement arqués sur la face interne, de façon à former une sorte de parenthèse; le chapelet costal fait défaut et il n'existe aucune incurvation de la colonne vertébrale.

A la vue, l'abdomen paraît peu développé et donne l'idée d'une grossesse de huit mois environ. La palpation fait recon-

naître un fœtus situé longitudinalement et dont le siège est en rapport avec le détroit supérieur sur lequel il repose, tandis que le sommet occupe le fond de l'utérus où on le fait balloter. Le dos est à droite, les petits membres à gauche.

Le bassin est examiné par le toucher vaginal, il est généralement rétréci et le doigt arrive facilement sur toute la face antérieure du sacrum qui présente sa forme normale. Le promontoire est également accessible et séparé du sous-pubien par une distance de 9 cent. 2.

Quelques jours après son entrée, au moyen d'une version par manœuvres externes, on substitue une présentation du sommet à une présentation du siège et le sommet reste définitivement fixé au-dessus du détroit supérieur. Étant données les dimensions du bassin, l'accouchement à terme semble impossible et l'on se décide à interrompre la grossesse les jours suivants au moyen de l'accouchement provoqué à l'aide du ballon Boissard. Ce ballon est introduit dans la cavité utérine le 21 août à 10 h. 1/2 du matin; mais pendant l'introduction du ballon, la pince rencontre les membranes qui sont très tendues et le liquide amniotique s'écoule normal après la rupture de ces dernières.

Quelques heures plus tard, à 5 heures du soir, le ballon ne présentant pas une tension suffisante et étant descendu en partie dans le vagin, et les douleurs étant, du reste, peu intenses, on se propose de l'enlever pour l'appliquer à nouveau. Mais on constate, après son ablation, qu'une anse de cordon est tombée dans la cavité vaginale.

Le col présente, à ce moment, des dimensions insuffisantes pour intervenir; il mesure environ 5 centimètres de diamètre et en outre ses bords sont durs et peu dépressibles, les battements au niveau du cordon sont absolument normaux.

Comme toutes les tentatives de refoulement de ce cordon avaient échoué, on pense, en substituant une présentation du siège à la présentation du sommet, avoir quelque chance d'obtenir la réduction du cordon : aussi la main est-elle introduite dans la cavité utérine à la recherche d'un pied que l'on saisit et attire dans le vagin.

Malheureusement, cette manœuvre n'amène pas la réduction du cordon, comme on l'espérait. Les douleurs continuent, mais à 5 heures du soir, les battements du cordon étant très faibles et la dilatation étant presque complète, on se propose d'achever l'accouchement pour sauver l'enfant.

La malade est mise en travers du lit; on lui donne du chloroforme, mais, avant d'opérer l'extraction, un toucher est pratiqué bien profondément.

On trouve dans le vagin, derrière le cordon, faisant procidence, un pied et une main. En outre, au-dessus d'eux, on est surpris de trouver le sommet qui était resté fixé au détroit supérieur. On essaie de rétropulser la tête, de la refouler vers le fond de l'utérus pour achever ainsi l'évolution. Mais tous les efforts pratiqués restent infructueux et, malgré la combinaison de manœuvres abdominales pratiquées par la main restée libre, aucun résultat n'est obtenu.

La main est alors glissée au-dessus de la tête pour voir quel est l'obstacle qui s'oppose au refoulement, et se rendre compte s'il n'existe pas au niveau de la région de l'anneau de Bandl une bande musculaire qui maintient la tête fixée.

En effet, on constate que l'anneau est fortement serré et appliqué contre le cou du fœtus.

Toute tentative est alors abandonnée, et les battements du cordon, pendant ces manœuvres, ayant à peu près cessé complètement, on fait alors une basiotripsie.

L'introduction des cuillers est relativement aisée, et après avoir opéré le broiement de la tête fœtale, l'extraction s'opère sans difficulté.

L'enfant est du sexe féminin et pèse 3.600 grammes sans la masse cérébrale.

En explorant la cavité utérine, on constate la disparition de la constriction annulaire au niveau de la région de l'anneau de Bandl. Le placenta descend dans le vagin et il est extrait à l'aide de quelques tractions exercées sur le cordon.

Une demi-heure après la délivrance, un léger flux sanguin apparaît au niveau de la vulve; l'utérus est distendu et mou

et la malade présente les signes généraux d'une hémorragie. Comme l'ablation de nombreux caillots contenus dans la cavité utérine et des lavages intra-utérins très chauds restent sans effet sur l'hémorragie, un tamponnement intra-utérin est appliqué et l'hémorragie cède définitivement; le tampon est enlevé le lendemain matin.

Les suites de couches furent normales et la femme partit le douzième jour.

OBSERVATION XXXIV

Due à l'obligeance de mon ami le Dr Commandeur

Accouchement prématuré d'un enfant mort. — Rétraction de l'anneau de Bandl. — Inefficacité du ballon de Champetier. — Extraction avec le cranoclaste après perforation.

La nommée C... Léonie, vingt-deux ans, piqueuse de bottines, entre le 9 septembre 1899 à la clinique obstétricale de Lyon; c'est une tertipare dont les dernières règles remontent au 10 février 1898. Dans ses antécédents on note une bronchite à sept ans; réglée à douze ans, régulièrement.

Un premier accouchement en 1894, d'un enfant mort-né à six mois et demi de grossesse. Deuxième accouchement en 1897, d'un enfant mort-né de 1.480 grammes. Dans les antécédents on ne trouve pas de signes de syphilis autres que la mort habituelle du fœtus.

La grossesse actuelle a évolué sans incident, mais depuis deux jours elle ne perçoit plus les mouvements de l'enfant. Les douleurs ont débuté le 9 septembre à deux heures du matin; elle entre à la clinique le même jour à 8 h. 1/2; les membranes sont rompues à 8 heures.

Au toucher le col est long, résistant au niveau de l'orifice interne, perméable à un doigt; on diagnostique une présentation du sommet; il est impossible de percevoir les bruits du cœur. Pas de poche des eaux.

Depuis 8 heures du matin il s'est déclaré une hémorragie insignifiante d'abord, mais qui vers dix heures prend des proportions inquiétantes. On songe à un décollement placentaire. La dilatation à ce moment est loin d'être complète ; l'orifice interne semble à deux francs et facilement dilatable ; au-dessus de lui se trouve un long canal, souple, aboutissant à un orifice extrêmement résistant et dur, nullement dilatable. Cet orifice est, à cause de sa dureté extrême, pris pour l'orifice interne vrai.

Afin d'arrêter l'hémorragie et de faire de la dilatation, on introduit le ballon de Champetier de Ribes, d'abord incomplètement gonflé et on exerce des tractions. Cette introduction avait pu être faite au moyen de deux doigts introduits dans l'utérus. Les douleurs deviennent très intenses, mais l'hémorragie s'arrête au bout d'environ un quart d'heure.

Le ballon paraissant descendre on le gonfle complètement. Il remonte alors, encerclé par l'anneau dur vers son tiers inférieur. Les tractions sont reprises, faites intermittentes autant que le permet l'hémorragie.

L'anneau ne cède toujours pas ; on essaie à nouveau de dégonfler légèrement le ballon, puis de le regonfler un moment après. La situation reste la même. Enfin au bout de deux heures la dilatation n'a pas progressé d'un centimètre. Le ballon est alors retiré. Au toucher le col permet l'introduction de deux doigts et le diagnostic de O.I.D.T. Avec les ciseaux de Blot on perfore le crâne au niveau de la grande fontanelle, qui se trouve au niveau de l'orifice interne ; la matière cérébrale est dilacérée. Puis on introduit le crânioclaste de Braün, la branche externe placée sur l'occiput à droite ; il suffit de quelques tractions pour permettre l'extraction d'un fœtus macéré de 1.250 grammes.

Aussitôt après la sortie de l'enfant l'hémorragie recommence et devient suffisamment inquiétante pour nécessiter, dix minutes après, la délivrance artificielle. La main pénétrant dans l'utérus perçoit encore l'anneau, mais si large et si peu résistant qu'elle peut entrer sans effort. L'extraction complète

du délivre est très simple. La perte de sang totale peut être évaluée à 600 ou 700 grammes.

Injection de 750 grammes d'eau salée à 7 p. 1000 dans le tissu cellulaire rétro-mammaire.

Suites de couches normales. Sortie en bon état le 17 septembre.

CHAPITRE IX

DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE

La rencontre de l'anneau de Bandl plus ou moins en contraction quand on va à la recherche du délivre est une chose assez fréquente ; à un faible degré c'est presque un fait physiologique, et bien des coupes d'utérus après l'expulsion du fœtus et avant l'issue du placenta nous montrent un resserrement correspondant à la région de l'anneau.

Le placenta peut être complètement incarcéré dans l'étage supérieur ; plus souvent il est étranglé en son milieu. Nous n'insisterons pas plus longuement au point de vue thérapeutique, la dilatation digitale doit arriver à élargir l'anneau et à permettre la sortie du délivre. Ne pas compter sur l'action du ballon.

OBSERVATION XXXV

Due à l'obligeance de mon ami le D^r Commandeur

M^{me} X..., primipare de dix-huit ans, prend des douleurs le 9 juin, à 4 heures du matin. La grossesse avait été assez bonne

sauf quelques vomissements dans les derniers mois, lesquels ont cédé à une diététique très simple.

Le travail marche lentement, les douleurs sont irrégulières. La dilatation progresse. La poche des eaux s'est rompue spontanément vers 10 h. du matin; il s'est écoulé peu de liquide. Dilatation complète vers 4 heures. Accouchement spontané à 6 heures du soir.

Cinq minutes après la sortie de l'enfant, écoulement sanguin peu important mais qui se reproduit à plusieurs reprises. Bientôt l'utérus se ramollit de plus en plus et augmente de volume. L'expression fait sortir environ 200 grammes de caillots. L'hémorragie continue. La malade ayant perdu plus de 500 grammes de sang, on se décide à intervenir. La main introduite reconnaît une partie du placenta dans le segment inférieur. Un anneau de contraction permettant à peine l'introduction de deux doigts étrangle le placenta dont une bonne partie se trouve retenue et encore adhérente dans le corps ramolli. Au bout de deux minutes environ de tentatives de dilatation, la résistance cède en partie et la main peut pénétrer dans l'utérus, terminer le décollement et l'extraction du délivre. A partir de ce moment l'utérus se contracte bien et l'hémorragie s'arrête.

CONCLUSIONS

I. — Anatomiquement et physiologiquement l'anneau de Bandl est une dépendance du corps utérin. Sa contraction est liée à celle de la totalité du muscle dont elle subit toutes les fluctuations en intensité, moment d'apparition et durée.

Ce n'est que dans les cas de douleurs irrégulières qu'on pourrait voir la dissociation des contractions de l'anneau de celles du corps, mais cette dissociation n'est pas démontrée cliniquement.

Les troubles de l'innervation des ganglions auto-moteurs de l'utérus sont peut-être l'origine des anomalies de la contraction utérine et ont par conséquent leur contre-coup sur l'anneau de Bandl.

Au point de vue de la physiologie pure il y a lieu de distinguer la contracture de la rétraction. La première n'est qu'une contraction de durée anormalement exagérée et due à la fusion de contractions successives. Lorsque cesse la contracture la fibre musculaire revient à peu près à sa longueur normale. La rétraction est au contraire un raccourcissement permanent et définitif de la fibre musculaire, particulier à la fibre utérine. Elle est

l'aboutissant naturel et fatal des contractions prolongées, chacune de celles-ci s'accompagnant d'un très faible degré de rétraction.

La rétraction générale de l'utérus que l'on observe à la fin d'un travail anormalement prolongé n'est que la totalisation de la rétraction infinitésimale qui accompagne chaque contraction utérine. La contracture prolongée peut d'ailleurs aboutir à la rétraction.

II. — Quand, dans une intervention obstétricale, on se trouve aux prises avec une rétraction de l'anneau de Bandl, le pronostic doit être assombri ; c'est, dans tous les cas, une source de difficultés.

III. — Les applications de forceps présentent, dans la majorité des cas, de réelles difficultés, considérablement augmentées quand le fœtus se trouve en entier au-dessus de l'anneau rétracté.

Dans les cas où l'enfant est en partie descendu au-dessous de l'anneau de Bandl, en partie resté au-dessus de lui, l'emploi du forceps, bien que non exempt de tout danger et parfois sans résultat, est toujours supérieur à la version dont les manœuvres sont ici fréquemment périlleuses, en raison de l'amincissement extrême du segment inférieur.

IV. — Les diverses méthodes d'embryotomie arrivent dans les cas de dystocie que nous étudions à délivrer la femme sans lui faire courir de trop grands dangers. Toutefois, dans certains cas de contracture très exagérée, il faudra assez rapidement y renoncer et s'adresser à l'hys-

térotomie que commande également d'une façon formelle toute présomption sérieuse d'infection.

V. — Au cours de l'opération césarienne la présence d'un anneau rétracté peut obliger l'opérateur à une section de cet anneau qui intéresse le segment inférieur.

Dans tous les cas, on renoncera à l'opération césarienne proprement dite, pour recourir à l'opération de Porro, en y apportant la modification proposée par le D^r Duchamp qui inverse artificiellement l'utérus dont il fait la section dans le vagin.

VI. — Tous les agents excitateurs artificiels du col et du segment inférieur, employés pour provoquer ou accélérer le travail, et en particulier les gros ballons, peuvent être l'origine d'anomalies de la contraction utérine et par conséquent, favorisent la production de la contracture de l'anneau de Bandl.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE DE LANGUE FRANÇAISE

- AUVARD. — *Arch. tocol.*, 1890.
- ACCONCI. — Anat. du segment inf. *Arch. tocol.*, 1890.
- BUDIN. — Mémoire sur accouchements relatifs aux cas où il est impossible d'introduire la main dans la matrice pour aller chercher les pieds. Paris, 1797.
- LE BOURSIER-DUCOUDRAY. — Art des accouchements, 1777.
- BAUDELLOCQUE. — Art des accouchements. Paris, 1844.
- BOUCHACOURT. — Dictionnaire encyclopéd. des sciences médicales, tome XXXI.
- BELTZ. — De la rétraction de l'utérus comme cause de dystocie. Th. Paris, 1863.
- BOURTRES ET LEFOUR. — *Nouv. Arch. d'obstétr. et de gynéc.*, septembre 1893.
- BLANC. — De l'exploration clinique du segment inférieur de l'utérus pendant la grossesse. *Archiv. de tocol.*, 1891.
- BONNAIRE. — Broiement de la tête fœtale. Th. de Paris, 1885.
- BOSSI (de Gênes). — Rupture utérine. *Archiv. d'obstétric. et de gynéc.*, 1893.
- BUÉ. — Un cas de dystocie par rétraction de l'anneau de Bandl. *Nord médical*, 1897.
- BUDIN. — Dystocie par l'anneau de Bandl. *L'Obstétrique*, 1897.
- CAZEAUX ET TARNIER. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements. Paris, 1880.

- CHANTREUIL. — Cours d'accouchement à la Faculté.
- CHARLES. — Rétraction spasmodique de la matrice. Observation.
Journal d'accouchement de Liège, 1889.
— Observation de version avec rétraction de la matrice.
Journal d'accouchement de Liège, 1887.
- CHAMBRELENT. — Dystocie par rétraction de l'anneau de Bandl.
Société d'obstétrique de Bordeaux, 1895.
- CHAVANNE. — Deux observations de dystocie par rétraction de l'anneau de Bandl. *Bull. Soc. obst.*, Paris, 1898.
- CHAILLY-HONORÉ. —
- CLÉMENT. — Des contractions partielles de l'utérus pendant et après l'accouchement. Thèse de Paris, 1867.
- COSTETS. — De quelques causes de la mort inattendue du fœtus. Thèse de Paris, 1893.
- CHATELLIER. — Enchatonnement du placenta. *Arch. tocol.*, 1892.
- DELAMOTTE. — Traité complet des accouchements naturels et contre nature, Paris, 1829.
- DURIEZ. — Étude sur le tétanos utérin. Thèse de Paris, 1887.
- DUBOIS. — Dangers et difficultés de la version provenant de la contraction brusque de l'utérus sur le col de l'enfant. Deux observations. *Gaz. des Hôp.*, 1845.
- DEMELIN. — Du segment inférieur de l'utérus pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. Thèse de Paris, 1880. *Rev. génér. de clin. et de thérapeut.*, 1899, 1891, 1894.
— De la rétraction utérine avant la rupture des membranes. *L'Obstétrique*, 1898.
— Un cas de rétraction excessive de l'utérus; accouchement extraordinairement laborieux. *Soc. obstétric. de France*, avril 1898.
- DUCHAMP. — Observations. *Loire médicale*, 1897.
- DUMAS ET GERBAUD. — Enchatonnement partiel du fœtus. *Gaz. hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*, 1889.
- FOURNEL. — Épaule. *Gaz. des hôp.*, 1889.
— Anomalies de la force expultrice. *Union médicale*, 1889.

- GUILLEMOT. — Traité de la grossesse et des accouchements. Paris, 1824.
- GUENIOT. — Version dans utérus tétanisé. *Société de chirurgie*, 1878.
- HERGOTT. — Variété de forme de la matrice dans la grossesse et l'accouchement. Thèse de Strasbourg, 1829.
- IMBERT. — Thèse de Paris, 1887.
- JACQUEMIER. — Manuel des accouchements. Paris, 1846.
- JOLY. — Paralysie Duchenne-Erb. Thèse de Paris, 1894.
- KEIFFER. — De la fonction motrice de l'utérus.
- LA CHAPELLE. — Pratique des accouchements. Paris, 1824-1825.
- LEVRET. — Suite des observations sur le cours et les accidents de plusieurs accouchements laborieux. Paris, 1770.
- MASSOT. — Des accidents causés par l'ergot de seigle. Thèse de Paris, 1884.
- MAYGRIER. — Déviation de l'utérus gravide comme cause de dystocie. Paris, 1876.
- MAURICEAU. — Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées. Paris, 1824.
- MOREAU. — Traité des accouchements, 1838.
- MOERLOOSE. — Observation. *Journ. des sages-femmes*, janvier 1897.
- PAYRAU. — Rupture artificielle des membranes dans le cas de placenta prævia. Thèse de Paris, 1894.
- PEU. — Pratique des accouchements.
- PUZOS. — Traité des accouchements. Paris, 1739.
- PATURAGES. — Du col et du segment inférieur de l'utérus à la fin de la grossesse et pendant l'accouchement. *Annales médico-chirurgicales*, 1894.
- PINARD. — Des contre-indications de la version. Thèse d'agrégation.
- TARNIER ET CHANTREUIL. — Traité d'accouchement.
- VARNIER. — *Annales de gynécologie*, 1887.
- VELPEAU. — Traité de l'art des accouchements, 1885.
- VERRIER. — Enchatonnement. *Bull. Acad. méd.*, 1887.
- YGONIN. — Des obstacles que le col peut apporter à l'accouchement. Thèse de Paris, 1863.

BIBLIOGRAPHIE DE LANGUE ANGLAISE

- ABSTON. — Hourglass contraction of the uterus. *South Pract.* Nashville, 1895.
- BARBOUR. — L'orifice interne de Braune et l'anneau de rétraction. *Med Journ.* Édimbourg, novembre 1896.
- BOWEN. — A case of ante partum hourglass contraction of the uterus. *American J. obst.* N.-Y. 1897.
- BARNES. — Hourglass contraction of the uterus treated with nitrite of amyl. *Brit. M. J.*, Londres 1882.
- BRADLEY. — Ante partum hour-glass contraction of the uterus. *Medic. Rev.* N.-Y. 1882.
- Hourglass contraction of the uterus. *Detroit Lancet*, 1879.
- COMSTOCK. — Retention of placenta from hourglass contraction of the uterus; post partum hemorrh.; forceps case. *Clin. Reporter.* Saint-Louis, 1888.
- CLAY. — Hourglass contraction of the uterus. *Peovia M. Month*, 1886-1887.
- DUNCAN. — On tonic uterus contraction without completeness of retraction. *Tr. obst. Soc.*, Londres 1888.
- DIXON. — Case of protracted gestation complicated by deformed pelvis and antepartum hourglass constriction of the uterus, delivery by version. *Boston M. and S. J.* 1882.
- FORDICK. — On hourglass contracted of the uterus preceding confinements. *Obst. Gaz.* Cincinnati, 1880.
- GIBSON. — Hourglass contraction with twins. *Pacific. M. and S. J.* San-Franc., 1885.
- HATUS. — A case of ante partum hourglass contraction of the uterus. *Amer. J. obst.* N.-Y. 1882.
- GOLDMANN. — On hourglass contraction. *Texas Cour. Rec. med.* 1886.

- HOSMER. — A particular condition of the cervix uteri which is found in certain cases of dystocia.
- HUGHES. — Hourglass contraction of the uterus. *Cincin. M. J.* 1895.
- HURSHBERGER. — Abortion at three months gestation ; hourglass contraction of uterus, with adherent and returned placenta for twelve days.
- JORDAN. — Hourglass contract. in jewish women in Cracow. *Przeyl-lik.* Krakow, 1881.
- JOHNSON. — Contraction de l'utérus en forme de sablier pendant l'accouchement. *Philad. med. and. surg. Reporter*, 1876.
- JOHNSTON. — On the etiology of hourglass contract. of the uterus. *Glasgow M. J.* 1887.
- LUSK. — A note on the ring of Bandl. *Tr. am. gynec. Soc.* 1894, N.-Y. 1885.
- LEUF. — Contracted pelvis: post partum hemorr., hourglass contraction. *Medic. and surg.* Philadelphie, 1889.
- LEE. — Hourglass contract. of the uterus. *Ann. J. obst.* N.-Y. 1880.
- MOORE. — Hourglass contraction previous to the delivery of the child. *Chicago M. J. and exam.*, 1880.
- MACDONALD. — Note on a case of spasmodic contraction of the lower uterin segment during the first stage of labour. *Tr. Edimb. obst. Soc.* 1879.
- MILTENBERGER. — Tetanoid falciform contraction of the uterus. Ante partum hourglass contract. of the uterus. *Maryland M. J.* Balt. 1888-89. Tetanoid contract. of the uterus. *Chicago med. Journ. and exam.* 1887.
- MARTIN. — Hour glass contraction of the uterus during the second stage of labor. *Homœop. J. obst.* N.-Y. 1887.
- MACNABB. — Uterine tetanoid. *South. Pract.* Nashville, 1888.
- MORRISON. — Case of so-called hourglass contraction of the uterus interfering with delivery of the second child in a case of twins. *Indiana M. J.* 1882.
- O'CONNOR. — Hourglass contraction of the uterus. *British med. J.*, Londres, 1884.

- REX. — Hourglass contract. of the uterus. *Americ. Journ. obstetr.* N.-Y. 1881.
- REAMEY. — Hourglass contract. of the uterus prior to expulsion of child (3 cas). *Transactions of the american medical Association.* Philad. 1878.
- PEARSON. — A case of adherent placenta with hourglass contraction. *Ann. Pract. and News Louisville*, 1886.
- RAMDSHR. — Contracted labor, with special considerations of spasmodic labor pains. *Quart. Bull. clin. Soc. N.-Y. Postgrad. M. School and Horsp.* N.-Y. 1886-1887.
- RADCLIFFE. — Ante partum hourglass contraction which continued post partum, accompanied by profuse hemorr. *Med. Rec.* N.-Y. 1882.
- SMITH. (T.) — Ante partum hourglass contraction of the uterus. *Med. Rec.* N.-Y. 1882.
- SMITH (A.). — Spasmodic (so-called) hour glass contraction of internal os relieved by the hot water douche. *Ann. J. obst.* N.-Y. 1880.
- STEELE. — Nitrite of amyle in hourglass contraction. *Mississippi Valley M. Month*, Memphis, 1883.
- STONE. — A case of labor with contraction of the internal os. *Boston M. and S. J.*, 1880.
- STETLER. — Antepartum hourglass contraction of the uterus, complicating labour. *Peoria M. Month* 1886-1887.
- SOTHORON. — Hourglass contraction of the uterus. *Virginia M. Semi-Month*, Richmond, 1897-1898.
- TATE. — Hourglass contraction of the uterus. *Peoria M. Month*, 1886-1887.
- STRONG. — Dystocia caused by tonic annular contraction of the uterus. *Boston M. and S. J.*, 1887.
- THOMAS. — A case of adherent placenta with constricted os after labor at term. *Maryland M. J.*, Balt., 1879-1880.
- Hourglass contraction of the uterus discussion. *Tr. obst. Soc. Philad.*, 1879.
- WILSON. — An anormal case of twin labor with hourglass contracted. *Tr. obst. Soc. Philad.*, 1879.

- WOODS. — Adherent placenta with hourglass contr. in three consecutive pregnancies. *Med. and surg. Reporter*, Philadelphie, 1887.
- WILSON. — A case tetanoid constrict. of the uterus. *Maryland M. J.*, Balt. 1887.
- WRIGHT. — Un cas de rigidité spasmodique de l'utérus grévide. *Archiv. of gynecol.*, avril 1891.

BIBLIOGRAPHIE DE LANGUE ALLEMANDE

- BANDL. — Zum Verhalten des collums uteri, etc. *Arch. f. Gyn.* 1880.
- Ueber das Verhalten des uterus. *Arch. f. Gynecol.*
- CHROBACK. — Dystocie du col. *Wien. Klin. Woch.*, 1890.
- FREUND. — Rétention du placenta produite par rétrécissement de l'anneau de contraction. *Arch. f. Gynecol.*, 1889.
- KALTENBACH. — *Deutsche med. Wochenschrift*, 1893.
- KOETSTNITZ. — *Deutsche med. Wochens.*, 1888,
- ROMER. — Arrachement d'une matrice au moment de la délivrance. *Arch. f. Gyn.*, 1885.
- SCHROEDER. — Ueber das os uteri internum. *Arch. f. Gyn.* 1877. *Zeitchrift für Geburtshulfe und Gyn.* 1877.

